



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



BENEFÍCIOS DA TERAPIA PSICOMOTORA NA PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

**TRÊS ESTUDOS DE CASO DE CRIANÇAS ENTRE OS 6 E 7
ANOS**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de
Melo

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Alexandra Monteiro Matos Ferreira
2014

“The body - and the singular way "to live in it" - is probably the first presentation of the person with autism both in its difficulties, specificities and in its sometimes extraordinary potentialities; the first one as the ultimate datum of this specific development.”

(Fabien Joly)

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento sincero e sentido:

- À minha família, pelo reconhecimento e dedicação. A eles devo, também, o meu espírito lutador e persistente. Obrigado.

- À Doutora Ana Rodrigues, por toda a ajuda. Agradeço as dicas, sugestões, no fundo, toda a aprendizagem transmitida.

- Às minhas colegas de trabalho, pela generosidade, empenho e por todos os conhecimentos diários transmitidos. Obrigado por me terem feito a profissional que sou hoje, feliz e certa da minha vocação. Um agradecimento especial à minha coordenadora, Vanessa, por ter autorizado a realização deste estudo nas minhas horas laborais.

- Ao A., J. e R. por todo o amor transmitido. Os sorrisos, olhares e vitórias estão eternamente guardados. Agradeço também às respetivas famílias pela confiança e disponibilidade.

- A todas as crianças especiais que passaram pela minha vida. A elas devo grande parte do meu crescimento pessoal. Obrigado por melhorarem a minha visão do mundo, obrigado pelas dádivas sinceras e incondicionais.

- A todos os meus amigos, pois todos eles contribuíram para este trabalho com palavras de força e encorajamento. Um Obrigado particular à Joana e ao Carlos.

- Aos que lutam pelo mesmo que eu: pela profissão, pelo futuro das crianças especiais, por uma sociedade atenta e disponível.

RESUMO

A investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no ramo de Atividade de Investigação. Centra-se na validação do contributo da Terapia Psicomotora para crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Assim, socorre-se de três estudos de caso, o A., o J. e o R., ambos do género masculino e com idades entre os 6 e 7 anos.

Numa primeira fase foi conhecido o percurso terapêutico, clínico e desenvolvimental da criança, através da aplicação de um questionário aos pais: o Questionário da História de Vida da Criança. Posto isto, foi realizada a avaliação inicial, através da aplicação do Perfil Psicoeducacional – 3º edição (PEP-3) e da observação qualitativa. O PEP-3 engloba um teste de aplicação à criança, o Teste de Performance e um questionário de aplicação parental, o Formulário para o Cuidador. Seguiu-se a formulação do plano terapêutico e três meses de Intervenção Psicomotora, onde se buscaram os princípios da Terapia Psicomotora e estratégias decorrentes de outras metodologias de intervenção para as PEA. Posto isto, a criança foi reavaliada.

A análise dos resultados evidenciou que a Terapia Psicomotora contribui, efetivamente, para o desenvolvimento das crianças com PEA, em domínios como o comportamento, a comunicação e a motricidade.

Palavras- chave: *Terapia Psicomotora, Perturbação do Espectro do Autismo, Perfil Psicoeducacional - 3, Teste de Performance, Formulário para o Cuidador, Estudo de Caso, Plano Terapêutico, Psicomotricidade, Desenvolvimento, Metodologias de Intervenção.*

ABSTRACT

The present research was done as part of the Master in Psychomotor Rehabilitation, in the field of Research Activity. It focuses on the validation of Psychomotor Therapy's role in promoting the development of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The research presents the case studies of three children with the disorder said, A., J. and R., both males with 6 and 7 years old.

Firstly, the therapeutic, clinical and developmental journey of the children was known, through the application of a questionnaire to their parents: Questionnaire of the Childhood Story. Then, the first evaluation took part by applying the Psychoeducational Profile - 3rd edition (PEP-3) followed by qualitative observation. The PEP-3 includes a test application for the children - the Performance Test - and a questionnaire application for the parents - the Caregiver Report. Subsequently, the therapeutic plan was developed followed by three months of psychomotor intervention, fetching the principles of psychomotor therapy and strategies resulting from other methodologies of intervention for ASD. Afterwards the children were reevaluated.

The results showed that the Psychomotor Therapy contributes effectively to the development of children with ASD, in fields such as behavior, communication and motor skills.

Keywords: *Psychomotor Therapy, Autism Spectrum Disorder, Psychoeducational Profile - 3, Performance Teste, Caregiver Report, Case Study, Therapeutic Plan, Psicomotricity, Development, Intervention Methodologies.*

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUÇÃO.....	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	3
1.1. PERTURBAÇÕES DO ESPETRO DO AUTISMO	3
1.1.1. Diagnóstico.	3
1.1.1. Evolução e Outras Caraterísticas Associadas.	5
1.1.2. Causas.....	6
1.1.3. Teorias Explicativas.....	7
1.2. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA NAS PEA.....	8
1.2.1. Metodologias.....	9
1.2.1.1. Floortime.	9
1.2.1.2. Applied Behavior Analysis.	10
1.2.1.3. Treatment and Education of Autistic and Communication related Handicapped Children.	11
1.2.1.4. Picture Exchange Communication System.....	11
1.2.1.5. Sensory Integration Therapy e Auditory Integration Training.	12
1.2.2. Princípios Gerais de Intervenção.....	12
1.2.3. Estratégias Gerais de Intervenção.....	14
1.3. TERAPIA PSICOMOTORA	16
1.3.1. Terapia Psicomotora nas PEA.....	17
2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO	20
2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	20
3. METODOLOGIA.....	21
3.1. O ESTUDO DE CASO	21
3.2. AMOSTRA.....	22
3.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	22
3.3.1. Questionário da História de Vida da Criança.	23
3.3.2. Perfil Psicoeducacional – Terceira Edição.	23

3.3.2.1.	Teste de Performance.	25
3.3.2.2.	Formulário para o Cuidador.	26
3.3.2.3.	Adaptação do Instrumento à Investigação.	27
3.3.3.	Observação Qualitativa.	27
3.4.	PROCEDIMENTOS.....	28
3.5.	PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS GERAIS DA INTERVENÇÃO.....	29
3.5.1.	O Espaço.	29
3.5.2.	As Atividades.	29
3.5.3.	Os Materiais.....	30
3.5.4.	O Terapeuta.....	30
3.5.5.	As Estratégias de Intervenção.	30
4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
4.1.	ESTUDO DE CASO – CRIANÇA A.	32
4.1.1.	Anamnese.....	32
4.1.2.	Avaliação Inicial.	33
4.1.2.1.	Teste de Performance.	33
4.1.2.2.	Formulário para o Cuidador.	35
4.1.2.3.	Observações Qualitativas.....	35
4.1.3.	Conceptualização do Caso.	36
4.1.4.	Intervenção Terapêutica.	37
4.1.4.1.	Planeamento da Intervenção.....	37
4.1.4.2.	Modelo de Intervenção.....	38
4.1.4.3.	Plano Terapêutico.	38
4.1.4.4.	Resultados.....	39
4.1.5.	Avaliação Final.....	40
4.1.5.1.	Teste de Performance.	40
4.1.5.2.	Formulário para o Cuidador.	42
4.1.5.3.	Observações Qualitativas.....	42
4.1.6.	Análise e Discussão do Caso.	43
4.1.7.	Dificuldades e Limitações.	44
4.2.	ESTUDO DE CASO – CRIANÇA J.	44
4.2.1.	Anamnese.....	44

4.2.2.	Avaliação Inicial.	45
4.2.2.1.	Teste de Performance.	45
4.2.2.2.	Formulário para o Cuidador.	46
4.2.2.3.	Observações Qualitativas.	47
4.2.3.	Conceptualização do Caso.	48
4.2.4.	Intervenção Terapêutica.	49
4.2.4.1.	Planeamento da Intervenção.	49
4.2.4.2.	Modelo de Intervenção.	49
4.2.4.3.	Plano Terapêutico.	49
4.2.4.4.	Resultados.	50
4.2.5.	Avaliação Final.	51
4.2.5.1.	Teste de Performance.	51
4.2.5.2.	Formulário para o Cuidador.	53
4.2.5.3.	Observações Qualitativas.	54
4.2.6.	Análise e Discussão do Caso.	54
4.2.7.	Dificuldades e Limitações.	55
4.3.	ESTUDO DE CASO – CRIANÇA R.	56
4.3.1.	Anamnese.	56
4.3.2.	Avaliação Inicial.	57
4.3.2.1.	Teste de Performance.	57
4.3.2.2.	Formulário para o Cuidador.	58
4.3.2.3.	Observações Qualitativas.	59
4.3.3.	Conceptualização do Caso.	60
4.3.4.	Intervenção Terapêutica.	61
4.3.4.1.	Planeamento da Intervenção.	61
4.3.4.2.	Modelo de Intervenção.	61
4.3.4.3.	Plano Terapêutico.	61
4.3.4.4.	Resultados.	62
4.3.5.	Avaliação Final.	63
4.3.5.1.	Teste de Performance.	63
4.3.5.2.	Formulário para o Cuidador.	65
4.3.5.3.	Observações Qualitativas.	65

4.3.6.	Análise e Discussão do Caso.	66
4.3.7.	Dificuldades e Limitações.	67
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
5.1.	BENEFÍCIOS DA TERAPIA PSICOMOTORA NA PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO.....	68
5.2.	PERTINENCIA DO PLANO E PERCURSO TERAPÊUTICO.....	70
5.3.	DIFICULDADES E ÁREAS FORTES DAS CRIANÇAS COM PEA.....	71
5.4.	ADEQUABILIDADE DO INSTRUMENTO À POPULAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	72
6.	CONCLUSÃO	75
6.1.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	76
6.2.	SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	77
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos Específicos da Criança A.....	38
Tabela 2 - Percentagens das Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Teste de Performance.....	41
Tabela 3 - Objetivos Específicos da Criança J.....	50
Tabela 4 - Percentagens das Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Teste de Performance.....	53
Tabela 5 - Objetivos Específicos da Criança R.....	62
Tabela 6 - Percentagens comparativas entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança A. pelo Teste de Performance.....	34
Figura 2 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança A. pelo Formulário para o Cuidador.....	35
Figura 3 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Teste de Performance.....	41
Figura 4 - Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Formulário para o cuidador	42
Figura 5 - Resultados da Avaliação Inicial da Criança J. pelo Teste de Performance.....	46
Figura 6 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança J. pelo Formulário para o Cuidador.....	47
Figura 7 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Teste de Performance.....	52
Figura 8 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Formulário para o cuidador	54
Figura 9 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance.....	58
Figura 10 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança R. pelo Formulário para o cuidador	59
Figura 11 – Resultados comparativos entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance.....	64
Figura 12 - Resultados comparativos entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Formulário para o cuidador (Pai).....	66

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Exemplo de Questionário da História de Vida da Criança	86
ANEXO II- Exemplo de Teste de Performance	95
ANEXO III – Exemplo dos Itens Graфомotores do Teste de Performance.....	104
ANEXO IV – Exemplo do Formulário para o Cuidador	111
ANEXO V – Consentimento Informado	117
ANEXO VI – Exemplo de Consentimento Informado Assinado	119
ANEXO VII – Itens do Teste de Performance em que a Criança A. revelou dificuldade (avaliação inicial)	120
ANEXO VIII - Itens do Teste de Performance em que a Criança A. revelou dificuldade (avaliação final).....	121
ANEXO IX – Calendarização da Intervenção	122
ANEXO X - Exemplo de Plano de Sessão da Criança A.....	123
ANEXO XI – Plano Terapeutico da Criança A.....	125
ANEXO XII – Ficha De Registo das Sessões de Intervenção com a Criança A.	128
ANEXO XIII – Itens do Teste de Performance em que a Criança A. revelou dificuldade (avaliação final).....	137
ANEXO XIV – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança A. revelou dificuldades (avaliação final)	138
ANEXO XV – Itens do Teste de Performance em que a Criança J. revelou dificuldades (avaliação inicial)	139
ANEXO XVI – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança J. revelou dificuldades (avaliação inicial).....	142
ANEXO XVII – Exemplo de Plano de Sessão da Criança J.	143
ANEXO XVIII – Plano Terapeutico da Criança J.	144
ANEXO XIX - Ficha de Registo das Sessões de Intervenção com a Criança J.....	146
ANEXO XX – Itens do Teste de Performance em que a Criança J. revelou dificuldades (avaliação final).....	153
ANEXO XXI – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança J. revelou dificuldades (avaliação final)	156
ANEXO XXII – Itens do Teste de Performance em que a Criança R. revelou dificuldades (avaliação inicial).....	158

ANEXO XXIII – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança R. revelou dificuldades (avaliação inicial) - mãe.....	160
ANEXO XXIV – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança R. revelou dificuldades (avaliação inicial) – pai	161
ANEXO XXV – Exemplo de Plano de Sessão da Criança R.	162
ANEXO XXVI – Plano Terapeutico da Criança R.....	164
ANEXO XXVII – Ficha de Registo das Sessões de Intervenção com a Criança R....	166
ANEXO XXVIII – Itens do Teste de Performance em que a Criança R. revelou dificuldades (avaliação final)	170
ANEXO XXIX – Itens do Formulário para o Cuidador em que a Criança r. revelou dificuldades (avaliação final) – pai	172

INTRODUÇÃO

As investigações mais recentes indicam que a prevalência das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) tem aumentado nas últimas décadas. Na década de 60/70 esta problemática apresentava uma prevalência de 4 a 6 em cada 10000 crianças (Lotter, 1967; Wing e Gould, 1979 cit in Ozonoff, Rogers e Hendre, 2003), no entanto, os estudos mais recentes já apontam para uma prevalência de 60 a 70 (Baird et al., 2001; Bertrand et al., 2001; Chakrabarti e Fombonne, 2001 cit in Ozonoff et al, 2003). Os clínicos, pais e professores estão, atualmente, mais sensibilizados para o diagnóstico, o que culmina num crescente número de casos detetados. Apesar disto, parecem existir efetivamente mais indivíduos com a problemática, o que se justifica com base em fatores de risco biológico e ambiental (Ozonoff et al, 2003).

As PEA enquadram-se nas perturbações globais do desenvolvimento: podem ser detetadas nos primeiros meses de vida e mantêm-se ao longo da vida da criança. A identificação precoce da problemática revela-se essencial, posto que os primeiros anos de vida da criança constituem uma etapa essencial para ocorrência de intervenção terapêutica, pela plasticidade neural característica desse período (Rogers e Dawson, 2010). Assim, a identificação da problemática e posterior avaliação e intervenção com a criança são processos essenciais para fomentar o seu desenvolvimento e aumentar a sua qualidade de vida (Ozonoff et al, 2003). Neste âmbito a Terapia Psicomotora, como modelo interventivo, apresenta um papel essencial nas PEA, possibilitando a aquisição de competências em variados domínios do desenvolvimento, tais como comunicação, socialização e simbolização (Llinares e Rodríguez, 2003).

A presente investigação pretende, deste modo, dar a conhecer os contributos da Terapia Psicomotora nas PEA, através do estudo de caso de três crianças com a problemática. O trabalho estrutura-se em seis capítulos: revisão da literatura, formulação do problema, metodologia, apresentação dos resultados, discussão dos resultados e conclusão.

No primeiro capítulo será enquadrado o tema em termos teóricos; primeiramente serão dadas a conhecer as principais características das PEA, a etiologia da mesma, assim como serão expostas algumas teorias explicativas dos sintomas da perturbação. De seguida serão evidenciados os princípios e contributos fundamentais de um processo de intervenção terapêutica na problemática, onde se englobam metodologias e estratégias específicas. Ainda neste capítulo será explicado o conceito de Intervenção Psicomotora e fundamentada a sua importância na PEA.

O segundo capítulo apresenta os objetivos do estudo e as questões de investigação, sendo que estas últimas clarificam os primeiros.

No terceiro capítulo será descrita a amostra do estudo, os instrumentos de avaliação utilizados, o tipo de metodologia de recolha (estudo de caso), os procedimentos e os princípios de intervenção adotados.

No quarto capítulo serão expostos os três estudos de casos realizados. Cada estudo de caso engloba um breve resumo da história de vida da criança, os resultados da avaliação inicial, a conceptualização do caso, o plano terapêutico proposto, os resultados do processo de intervenção e a avaliação final. O estudo de caso é finalizado com uma breve discussão sobre o mesmo e com a exposição das principais dificuldades e limitações.

O quinto capítulo tem como finalidade averiguar se os objetivos inicialmente formulados foram atingidos, pelo que serão discutidos os casos e comparados os resultados obtidos com a literatura existente; nesta secção expõe-se, ainda, uma crítica relativa ao instrumento de avaliação.

No sexto capítulo a investigação será finalizada com um texto conclusivo acerca das aprendizagens conseguidas pela autora do estudo, assim como serão dadas a conhecer as limitações do mesmo e recomendações da autora para futuras investigações.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. PERTURBAÇÕES DO ESPETRO DO AUTISMO

As Perturbações do Espectro do Autismo enquadram-se nas perturbações do neurodesenvolvimento; persistem ao longo de toda a vida e podem dar origem a uma grande variedade de expressões clínicas. Esta problemática culmina em défices globais e graves em variadas áreas do desenvolvimento, entre as quais, sociabilização, comunicação e comportamento (Ozonoff et al, 2003).

O termo autismo, derivado da palavra grega *autos* (próprio), traduz a ideia de “estar mergulhado em si próprio”. Foi utilizado pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1911 (Wolff, 2004), para designar um sintoma da esquizofrenia descrito como uma “fuga da realidade”. Mais tarde Kanner e Asperger utilizaram a mesma terminologia, nomeando a perturbação como “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo” e “Psicopatia Autística”, respetivamente (Wolff, 2004). A designação de “espectro do autismo” foi sugerida por Lorna Wing e Judith Gould em 1979, dada a existência de indivíduos com dificuldades nas áreas da comunicação, sociabilização e comportamento que não se enquadravam no diagnóstico de “Autismo” (Lima, 2012).

1.1.1. Diagnóstico.

A perturbação do espectro do autismo caracteriza-se pela presença de dificuldades graves nas áreas da comunicação verbal e não-verbal, nas relações sociais e na variedade de interesses e comportamentos (APA, 1996). Segundo o DSM-IV (APA, 1996) podem ser definidas 5 categorias de diagnóstico: a Perturbação Autística, a Perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação.

A problemática dos indivíduos em estudo enquadra-se na Perturbação Autística (PA), pelo que serão especificados os seus sintomas. Assim, na PA os sintomas respeitantes ao domínio social englobam: défices na utilização de comportamentos não-verbais reguladores da interação social (e.g. expressão facial, contato visual, gestos), dificuldade em desenvolver relações adequadas com os pares, pouca partilha de prazeres ou interesses com os outros e limitada reciprocidade social ou emocional. A nível comunicativo, indivíduos com PA apresentam dificuldades no desenvolvimento da linguagem oral, em iniciar ou manter uma conversação, apresentam uma

linguagem idiossincrática ou repetida e défices nos jogos simbólicos ou de imitação. Os seus comportamentos e interesses são exclusivos e invulgares, dada a adesão pouco flexível a rotinas não funcionais, a existência de estereotípias e a preocupação excessiva com as partes ou estímulos sensoriais dos objetos (APA, 1996).

Os critérios de diagnóstico anteriormente referidos sofreram algumas alterações no mais recente manual de diagnóstico, o DSM-5 (APA, 2013), pelo que se torna importante proceder a algumas comparações. As informações que seguidamente serão expostas baseiam-se numa tradução da autora do manual referido.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) as PEA passam a ser definidas através de dois critérios de diagnóstico: 1- défice na interação e comunicação sociais; 2 - atividades, comportamentos e interesses restritos e repetidos.

O primeiro critério engloba dificuldades na reciprocidade socio-emocional, que vão desde a inexistência de interação social à reduzida partilha de interesses, emoções e afetos; mesmo quando a comunicação verbal está intacta, a utilização da mesma como veículo comunicativo está comprometida (é usada maioritariamente para pedir e identificar, em detrimento da partilha de sentimentos e do comentário do que ocorre no envolvimento). Indivíduos com PEA apresentam, igualmente, um défice na utilização eficaz da comunicação não-verbal na interação social, o que pode levar à inexistência de expressão facial e de gestos ou a défices no contato visual e na linguagem corporal; mesmo na presença de comunicação não-verbal esta é, muitas vezes, descoordenada da comunicação verbal, exagerada ou desajeitada. Esta perturbação caracteriza-se, também, pela dificuldade em estabelecer, manter e compreender as relações sociais, o que se pode manifestar pelo desinteresse no outro ou pela dificuldade em ajustar o comportamento aos diferentes contextos sociais; este défice pode traduzir-se na dificuldade em estabelecer e partilhar jogos simbólicos ou em fazer amigos (rejeição, passividade ou aproximação inconveniente face ao outro) (APA, 2013).

O segundo critério caracteriza-se pela existência de um padrão repetitivo e estereotipado do discurso, dos movimentos motores e da utilização de objetos. Os comportamentos podem ser ritualizados e as rotinas difíceis de alterar. Usualmente indivíduos com PEA apresentam interesses anómalos na intensidade e foco, tal como hipo ou hiperatividade à estimulação sensorial, tanto no *input* auditivo, tátil, gustativo, olfativo ou visual como no interesse excessivo nos aspetos sensoriais (APA, 2013).

Adicionalmente ao considerado pelo DSM-IV, o DSM-5 avalia cada critério de acordo com três níveis de gravidade: requer acompanhamento intensivo, requer acompanhamento moderado e requer acompanhamento ligeiro, tendo por base a caracterização da criança, tanto a partir da observação como pela anamnese. A

problemática deve, de igual forma, ser avaliada segundo: com ou sem alterações na linguagem e com ou sem alterações intelectuais (APA, 2013).

1.1.1. Evolução e Outras Características Associadas.

A sintomatologia das PEA torna-se evidente por volta dos 2-3 anos, sendo mais notória durante o segundo ano de vida (Ozonoff et al, 2003). A maioria das crianças com a problemática apresenta um desenvolvimento típico nos primeiros meses de vida, no entanto, os padrões de comportamento vão evoluindo progressivamente para os sintomas da perturbação (Siegel, 2008).

O nível de desenvolvimento destas crianças varia bastante de caso para caso; algumas evidenciam dificuldades motoras desde a aquisição da marcha, enquanto outras apresentam níveis de aprendizagem da leitura e uma memória acima da média (Ozonoff et al, 2003).

As investigações mostram que, apesar de alguns indivíduos com PEA terem atingido uma vida independente, casado e obtido o grau de ensino superior (Grandin, 1996, Willey, 1999 cit in Ozonoff et al, 2003), a maioria mantém dificuldades sociais e não consegue alcançar uma vida autónoma ou um emprego (Gillberg, 1991; Howlin e Goode, 1998; Rumsey et al., 1985 cit in Ozonoff et al, 2003). Contudo, o quadro sintomático tende a melhorar com a passagem do tempo.

Neste sentido, Kostyuk, Isokpehi, Rajnarayanan, Oyeleye, Bell, e Cohly (2010) indicam que a fala e a linguagem tendem a melhorar ao longo do tempo, no entanto, não alcança os padrões esperados. As dificuldades no conhecimento léxico e sintático das crianças e adolescentes com PEA permanecem, efetivamente, mais acentuadas em relação a outras áreas do funcionamento cognitivo (Lord e Paul, 1997 cit in Tager-Flusberg, 1999). Para além disto, as estereotipias e comportamentos repetidos tendem a diminuir após a idade pré-escolar, período este onde atingem o maior pico (Ozonoff et al, 2003).

Muitos estudos empíricos decorrentes nas últimas duas décadas têm confirmado que as dificuldades motoras são comuns em indivíduos com PEA (Whyatt e Craig, 2012; Green, Charman, Pickles, Chandler, Loucas, Simonoff, e Baird, 2008; Ozonoff et al, 2008; Staples e Reid, 2010; Brandão, 2007). Estes distúrbios no desenvolvimento motor podem incluir dificuldades na locomoção, no controlo de objetos (Berkeley et al, 2001 cit in Staples e Reid, 2010), na destreza manual, nas habilidades com bola, no equilíbrio (Manjiviona e Prior, 1995 cit in Green et al, 2008), na utilização bimanual para elevação de carga (Schmitz et al 2003 cit in Pan, Tsai e Chu, 2009), na

compreensão e planeamento motor (Mari et al, 2003 cit in Pan, Tsai e Chu, 2009) e nas habilidades grafomotoras (Mayes e Calhoun, 2003 cit in Pan, Tsai e Chu, 2009). Para além disto, estas crianças podem apresentar, também, dificuldades na compreensão verbal, dado que a sua memória auditiva se encontra muitas vezes afetada (Siegel, 2008).

1.1.2. Causas.

A etiologia relativa às Perturbações do Espetro do Autismo ainda não se encontra definida, no entanto, as investigações sugerem que a problemática advém de uma perturbação biológica (Ozonoff et al, 2003) que ocorre em indivíduos com predisposição genética para o desenvolvimento da problemática (Bailey et al., 1995; International Molecular Genetic Study of Autism Consortium, 2001 cit in Ozonoff, Rogers e Hendren, 2003).

Diversos autores comprovam que a componente genética está fortemente associada à perturbação (Rodier, 2000 cit in Ratajczak, 2011); estudos realizados com irmãos indicam que taxa da perturbação em irmãos gémeos monozigóticos é cerca de 90%, em gémeos dizigóticos é de 2 a 3 % (DeFrancesco, 2001 cit in Ratajczak, 2011) Outras investigações neste âmbito revelam que mesmo que não haja desenvolvimento da perturbação num irmão, este pode herdar um conjunto de défices cognitivos e sociais (Bailey et al, 1998b; Piven et al, 1991; Smalley et al, 1995 cit in Ozonoff et al, 2003). Os modelos estatísticos sugerem que um número elevado de genes, possivelmente 10, pode estar envolvidos na suscetibilidade hereditária associada à perturbação (Pickles et al., 1995; Risch et al., 1999 cit in Ozonoff et al, 2003).

Para além das disfunções genéticas, as investigações têm comprovado que as PEA advém de anomalias na estrutura e funcionamento cerebral (Siegel, 2008), tendo sido encontradas algumas diferenças cerebrais nas crianças com autismo que podem explicar alguns dos seus comportamentos atípicos. As zonas cerebrais afetadas englobam o cerebelo (atenção e comportamento motor), amígdala (emoção), parte do lobo temporal (linguagem e perceção social) e córtex pré-frontal (atenção, planeamento, abstração e comportamento social) (Sparks et al, 2002). Estudos de imagens de ressonância magnética estrutural (MRI) identificaram um maior volume cerebral nestas crianças, associado a um aumento da quantidade de matéria branca no cerebelo e córtex cerebral e de matéria cinzenta no córtex (Courchesne et al, 2001; Rojas et al, 2006 cit in Attwood, 2008). Estas alterações volumétricas sugerem um

excessivo crescimento precoce do cérebro, seguindo-se uma posterior lentificação (Courchesne et al., 2001 cit in Rogers e Dawson, 2010).

Os estudos sugerem, ainda, que existe uma disfunção ao nível das ligações neurais entre regiões mais afastadas, responsáveis pela relação e coordenação entre diferentes partes do cérebro e a consequente execução de funções mais complexas (Murias, Webb, Greenson e Dawson, 2007 cit in Rogers e Dawson, 2010). Os neurotransmissores parecem estar, também, afetados, nomeadamente, a síntese de serotonina em rapazes (Chugani et al, 1999 cit in Ozonoff et al, 2003) e o nível de oxitocina no plasma (Modahl et al, 1998 cit in Rogers e Dawson, 2010), envolvida em comportamentos como cuidar de uma criança, relacionar-se socialmente, estabelecer laços e no comportamento parental (Insel, 1992 cit in Ozonoff et al, 2003).

Outra das etiologias patentes engloba a existência de um défice no sistema de neurónios espelho (Williams, Whiten, Suddendorf e Perrett, 2001 cit in Rogers e Dawson, 2010). Este sistema, implicado em variadas áreas cerebrais, é ativado quando realizamos um movimento intencional ou quando observamos os gestos e expressões faciais do outro que não têm um objetivo concreto. Assim, os neurónios espelhos estão na base da imitação, da comunicação verbal e não-verbal, das reações empáticas e da teoria da mente, sendo extremamente importantes no desenvolvimento de comportamentos sociais (Rogers e Dawson, 2010).

Alguns casos com PEA têm sido explicados através de uma variedade de fatores de risco associados à gravidez e ao parto, tais como: a exposição a toxinas (mercúrio, chumbo, etanol e pesticidas), contração de herpes e encefalite pela mãe (Attwood, 2008), consumo de medicamentos como a Talidomida (Strömland et al, 1994 cit in Ratajczak, 2011), Misoprostol (Ratajczak, 2011) e Paracetamol (Schultz et al, 2008; Schultz, 2010 cit in Ratajczak, 2011) e os possíveis efeitos adversos das vacinas para o sarampo, caxumba e rubéola (MoMA, 2006 cit in Sapp, 2007).

1.1.3. Teorias Explicativas.

No sentido de explicar a diversidade de características associadas às Perturbações do Espectro do Autismo, foram propostas algumas teorias explicativas, entre as quais, a Teoria da Mente, a Teoria da Coerência Central e Teoria das Funções Executivas.

A Teoria da Mente refere-se à capacidade que o ser humano tem de se colocar no papel do outro, predizendo o comportamento deste de acordo com o seu estado mental, que é distinto do estado mental do próprio (Frith e Frith, 2003). Posto isto, através da aplicação do teste “Tarefa das Crenças Falsas” (*False Belief test – Sally-*

Ann) a crianças de 4 anos com e sem a perturbação, verificou-se que as primeiras apresentam dificuldades nesta capacidade. Este fato pode explicar os comprometimentos sociais e comunicativos destes indivíduos (Baron-Cohen, 1995), nomeadamente no: dar sentido ao que o outro pensa ou à forma como age, regular a sua ação de acordo com o que o outro pode pensar e estabelecer uma relação de empatia com o mesmo (Bosa, 2001).

Por sua vez, a Teoria da Coerência Central explica a capacidade humana de aglomerar pormenores para compreender um todo e de generalizar, construindo um significado distinto de acordo com o contexto (Frith, 1989). Pelo “Teste das Figuras Embutidas” (*Embedded Figures Test*), aplicado por Shah e Frith (1983 cit in Baron-Cohen, 1995) a crianças com e sem a perturbação, comprovou-se que estes sujeitos apresentam uma capacidade acima da média para identificar figuras geométricas embutidas em imagens, o que indica que prestam mais atenção às partes em detrimento do todo (Frith, 1989). Esta fraca coerência central pode explicar algumas características destas crianças, tais como, a insistência na semelhança, a atenção ao detalhe em detrimento da globalidade, a insistência nas rotinas, as preocupações obsessivas e as dificuldades na generalização de aprendizagens (Frith, 1989).

As Funções Executivas englobam capacidades cognitivas que permitem resolver problemas e atingir um objetivo. Estas funções incluem o planeamento; flexibilidade de pensamento e ação; inibição e controlo da impulsividade; representação mental; memória de trabalho; gestão temporal e das prioridades e recurso a novas estratégias (Attwood, 2008). Foram encontradas semelhanças comportamentais entre indivíduos com lesão pré-frontal cortical, estrutura associada às funções executivas, e com PEA, o que explica a inflexibilidade de pensamento, a perseverança e a dificuldade em criar brincadeiras (Duncan, 1986, cit in Bosa, 2001).

1.2. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA NAS PEA

Os défices neurais e cerebrais estão presentes em crianças com PEA desde idades precoces, no entanto, são as experiências e vivências destas crianças que vão alterando o funcionamento cerebral e as próprias estruturas e ligações neurais. Assim, a experiência molda o cérebro e estimula a formação de ligações neurais, o que leva à aquisição e automatização de competências (Rogers e Dawson, 2010). Neste sentido, apesar de variado, o diagnóstico de PEA leva necessariamente à alteração do desenvolvimento da criança, pelo que esta necessita de uma intervenção adequada e atempada (Lima, 2012).

A um qualquer processo interventivo deve anteceder-se a avaliação da criança (Ozonoff et al, 2003), que deve englobar: história clínica e de desenvolvimento da criança, i.e., o ritmo e padrão de aquisição das competências e informações relativas ao período de gravidez, com vista a identificar possíveis fatores de risco; observação informal da criança no contato com o outro e na brincadeira livre com diversos brinquedos; avaliação formal, através da aplicação de uma bateria de testes) (Siegel, 2008).

1.2.1. Metodologias.

Ao longo do tempo foram sendo criadas variadas metodologias de intervenção para as PEA que tomam por base diferentes correntes teóricas.

Os modelos de intervenção que se fundamentam nas relações interpessoais desenvolveram-se a partir da teoria psicanalítica tradicional, sendo baseadas na crença geral de que a perturbação se deve, em parte, a uma ausência de afeto e carinho por parte dos progenitores. A terapia deve, portanto, abarcar intervenções psicanalíticas tradicionais dirigidas a ajudar a criança com PEA a ultrapassar os seus conflitos interiores e os traumas de infância. Por outro lado, os programas de base comportamental pretendem fomentar o desenvolvimento de competências específicas através de intervenções dirigidas (Ludwing e Harstall, 2001), sendo o comportamento percecionado como uma consequência da estimulação externa e interna. Em metodologias desta natureza a intervenção é orientada para a aprendizagem de novos comportamentos adaptativos e para a redução dos excessos e inaptações comportamentais. Os programas de base fisiológica intervêm ao nível das funções neurológicas, que se tomam como alteradas na perturbação (Pereira, 1996).

1.2.1.1. Floortime.

A metodologia Floortime, assente numa base relacional, pretende fomentar o desenvolvimento das interações espontâneas e criativas da criança no chão. Este modelo encoraja a iniciativa da criança, a atenção mútua e a capacidade simbólica através do jogo e das conversações (Hess, 2013).

O modelo DIR (Developmental Individual-difference Relationship-based Model), desenvolvido pela Interdisciplinary Council on Development and Learning Disorders em 2000 (Silva et al, 2003 cit in Lima, 2012) defende uma intervenção global e intensiva, associando a abordagem Floortime ao envolvimento familiar. O modelo considera que a atenção e concentração, a interação social, a comunicação não-

verbal, a resolução de problemas, a comunicação simbólica e o pensamento lógico e abstrato são processos emocionais funcionais que se baseiam nas interações iniciais da criança (Lampreia, 2007). Assim, esta metodologia pretende envolver a criança numa relação afetiva, através de uma intervenção interativa com recurso ao jogo e a atividades realizadas no chão (Hess, 2013).

O modelo apresenta como objetivos primordiais: fomentar na criança um sentido de si como indivíduo intencional e interativo; estimular as suas capacidades linguísticas e sociais (Lampreia, 2007). Posto isto, este modelo evidencia alguns princípios básicos, tais como: seguir a atividade espontânea da criança, participando e apoiando a mesma; fomentar a interação da criança com o indivíduo que está a intervir através da expressão afetiva; promover uma comunicação recíproca; aumentar as interações pelo jogo, as competências motoras e o processamento sensorial; tomar em consideração as diferenças individuais; promover a ação simultânea dos vários níveis de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, sequencialização de ideias e pensamento lógico emocional) (Greenspan, 1992; Greenspan e Wieder, 1998 cit Lima, 2012).

1.2.1.2. *Applied Behavior Analysis.*

A terapia ABA (Applied Behavior Analysis) começou a ser reconhecida em 1993 devido, sobretudo, à obra “Let me Hear Your Voice” de Catherine Maurice (Leaf, McEachin, Dayharsh e Boehm, 1999). Este método fundamenta-se nos princípios do Behaviorismo para a modificação comportamental, pelo que promove o ajustamento e a generalização do comportamento a diversas situações e contextos (Leaf et al, 1999).

No ABA o comportamento da criança é analisado individualmente, de forma a identificar as habilidades necessárias para melhorar o seu desempenho e funcionamento (Ludwing e Harstall, 2001) e dotar a criança de competências essenciais para uma vida independente e com a maior qualidade de vida possível (Leaf et al, 1999).

A análise individual de um comportamento pretende verificar a sua origem (antecedentes), consequências e os fatores ambientais que possam estar relacionados com o mesmo, conceitos estes associados à teoria de Skinner (Myers e Johnson, 2007 cit in Lima, 2012). Os comportamentos desejados e adequados são reforçados com recompensas positivas e os comportamentos inadequados devem ser ignorados ou redirecionados (Kearney, 2009). O ABA usa a metodologia de estudo de caso para registrar as mudanças de comportamento e documentar a eficácia da intervenção, medindo o comportamento alvo repetidamente antes e após a

intervenção (Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education, 2009).

1.2.1.3. Treatment and Education of Autistic and Communication related Handicapped Children.

O programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Related Handicapped Children), criado em 1971 por Eric Schopler e seus colaboradores (Ozonoff e Cathcart, 1998 cit in Kuziora, 2012) é um modelo de ensino que foi desenvolvido para crianças de todas as idades. Este método concentra-se no desenvolvimento da autonomia através da promoção de habilidades cognitivas, académicas e pré-profissionais (Ozonoff e Cathcart, 1998 cit in Kuziora, 2012).

Com base na organização do espaço, dos materiais e das atividades (estrutura externa), este método fomenta o desenvolvimento de estratégias e a generalização das aprendizagens (estrutura interna), com a finalidade de tornar o indivíduo autónomo (Mesibov, G.B., 2004 cit in Lima, 2012). Posto isto, a sala de aula está estruturada fisicamente para programas e métodos de ensino a que a criança possa dar continuidade, sendo que cada criança tem sua própria estação de trabalho e indicações claras de onde cada atividade educacional irá decorrer (Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children, 2011).

O programa TEACH depende fortemente de aprendizagem visual, usualmente uma área forte em indivíduos com PEA, pelo que as atividades são programadas num quadro de imagens e palavras, permitindo a cada criança uma transição independente e pacífica entre as tarefas (Thompson Foundation for Autism et al, 2012). Ao utilizar os pais como co-terapeutas, para além de aumentar o tempo de intervenção, fomenta a autonomia da criança nos vários contextos que frequenta (Lima, 2012).

1.2.1.4. Picture Exchange Communication System.

O PECS (Picture Exchange Communication System) é um sistema de comunicação visual, projetado para aumentar o uso da comunicação espontânea e funcional no ambiente quotidiano (Flippin, Reszka e Watson, 2010).

Esta metodologia, descrita por Bondy and Frost (1994 cit in Ozonoff et al, 2003) é uma das abordagens mais utilizadas como meio de comunicação por imagens pictóricas, ensinando a criança a comunicar com o outro até obter a sua resposta. A comunicação ocorre através da entrega de uma imagem ou símbolo de cartão ao outro, o que retrata intenção comunicativa. O PECS não visa, necessariamente,

aumentar a vocalização (Bondy e Frost, 2003 cit in Koegel, Matos-Fredeeen, Lang e Koegel, 2011).

Este sistema de comunicação é desenvolvido em seis fases sequenciais, que englobam: (1) ensinar à criança a pedir, iniciando a troca da imagem, (2) aumentar a distância entre a criança e o parceiro de comunicação, (3) discriminar as variadas imagens, (4) associar a expressão "eu quero" ao desejo, (5) reconhecer e responder corretamente à pergunta: "O que queres?" e (6) expandir as respostas a variadas perguntas iniciadas de diferentes formas (Flippin, Reszka e Watson, 2010). O dossiê de comunicação onde se encontram os ícones deve acompanhar a criança para os vários contextos que esta frequenta (Barbera, 2007).

1.2.1.5. *Sensory Integration Therapy e Auditory Integration Training.*

O SIT (Sensory Integration Therapy) destina-se a auxiliar a criança a organizar e processar a informação sensorial (Ludwing e Harstall, 2001), de forma a melhorar o seu comportamento funcional (Leong e Carter, 2008 cit in Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education, 2009). As dificuldades destas crianças ao nível da integração sensorial podem contribuir para problemas comportamentais, tais como agitação e agressividade, pelo que intervir no processamento sensorial fomenta um comportamento ajustado e o consequente aumento da capacidade de aprendizagem (Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education, 2009).

O Auditory Integration Training (AIT), por sua vez, é um método de intervenção que pretende reduzir a sensibilidade ao som e, assim, melhorar o funcionamento comportamental, social e cognitivo da criança. A premissa geral deste programa é que as crianças com PEA apresentam uma disfunção sensorial que resulta numa hipersensibilidade aos sons (Ludwing e Harstall, 2001). A metodologia AIT engloba, tipicamente, ouvir 10 horas de música digital alterada com uns auscultadores próprios, sendo que se vai variando a frequência do som, de forma a reduzir a sensibilidade a frequências mais elevadas (Dawson e Watling, 2000 cit in Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education, 2009).

1.2.2. Princípios Gerais de Intervenção.

A intervenção terapêutica deverá ter por base alguns princípios orientadores. Neste sentido a APA (2007 cit in Lima, 2012) defende que a intervenção deve: ser iniciada o mais cedo possível; englobar um plano, objetivos e estratégias definidos; ser

desenvolvida num trabalho de um para um; englobar uma estrutura definida, com rotinas previsíveis, horários visuais e limites espaciais; incluir atividades de generalização de competências para novos ambientes, situações e materiais (Lima, 2012).

Em qualquer processo interventivo a participação da criança deve ser fomentada de forma motivadora, através de uma atitude positiva e assertiva (Jordan, 2000). As sessões terapêuticas devem ocorrer sempre numa base de comunicação e relação, onde se envolvem emoções e afetos (Pereira, 1996). Assim, o terapeuta apresenta um papel fulcral no percurso terapêutico, devendo estar atento aos pequenos fragmentos e momentos de contato e comunicação da criança (Marques, 1998).

O estabelecimento de uma relação empática constitui, assim, o objetivo primordial da intervenção. Nesta perspetiva, o terapeuta deve tomar em atenção os interesses da criança e seguir a sua espontaneidade, procurando dar um significado afetivo a pequenos sinais, como um gesto, um olhar fugaz, para que estes possam adquirir um sentido na comunicação. Tal requer do terapeuta capacidades de atenção empática em relação aos comportamentos da criança e aos seus próprios estados afetivos desencadeados pela mesma. Numa fase inicial da intervenção, o terapeuta poderá ter de recorrer a formas mais primitivas de comunicação, que envolvam o gesto, o movimento e não somente a linguagem (Marques, 1998).

Os indivíduos com PEA têm a capacidade de aprender uma variedade de conceitos e habilidades, no entanto, devido ao seu estilo de comunicação única e aos défices no processamento sensorial torna-se fundamental que a instrução seja projetada para o seu estilo de aprendizagem individual. Assim, o terapeuta deverá tomar em consideração as áreas fortes, interesses e motivações da criança, a sua forma de comunicar, o modo de processamento sensorial e a sua compreensão social (Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children, 2011).

Neste processo devem ser estimuladas variadas áreas do desenvolvimento, entre as quais: cognição, socialização, comunicação, comportamento, autonomia, jogo e competências académicas (APA, 2007 cit in Lima, 2012). Direcionar a intervenção para as áreas centrais, ou seja, para as habilidades que uma vez apreendidas influenciam positivamente outras habilidades, melhora a eficiência do processo (Koegel et al, 2011).

1.2.3. Estratégias Gerais de Intervenção.

Um dos desafios inerentes à intervenção com crianças com autismo prende-se com as suas dificuldades comunicativas e comportamentais, pelo que se torna importante adotar algumas estratégias facilitadoras do processo interventivo.

Os comportamentos desajustados podem impedir a instrução académica, limitar as oportunidades de interação social e causar danos físicos (Sigafos et al., 2003 cit in Koegel et al, 2011). Posto isto, variadas estratégias podem ser utilizadas para reduzir comportamentos negativos, entre as quais: ignorar o comportamento, dar um tempo de pausa, manter a consistência das ordens e remover estímulos do ambiente. Na primeira, ao ignorar determinados comportamentos, está a anular-se o reforço que a criança pretende, i.e., a atenção e/ou reação negativa do terapeuta. O tempo de pausa, por sua vez, permite acalmar a criança. A consistência das ordens pode, também, diminuir possíveis comportamentos disruptivos, pelo que o terapeuta deverá assegurar que uma ordem dada é cumprida, para que a criança não assuma que um comportamento menos adequado é compensatório. Concomitantemente torna-se importante remover estímulos do ambiente que possam aumentar a agitação da criança (Siegel, 2008).

A melhor forma de prevenir um comportamento desadequado é ensinar a criança a pedir o que pretende. Para além disto, esta deve ser instruída no sentido de regular o seu comportamento perante um desejo, i.e., compreender que enquanto mantiver um comportamento desajustado não terá o que deseja; se não for possível conceder o desejo indicado pela criança e esta não optar por outra coisa, o comportamento deve ser ignorado e esta deve-se acalmar sem ter acesso a um reforço. Para além disto, quando a criança se opõe ao cumprimento de uma atividade, a tarefa pode ser dividida em partes, o que facilita a aceitação e realização da mesma (Barbera, 2007). Após um período de stress é essencial que a criança tenha acesso a atividades calmantes e do seu agrado (Jordan, 2000).

Ao nível da comunicação, numa primeira fase, torna-se essencial ensinar a uma criança com PEA o que é comunicar. Assim deve-se promover a utilização de todos os meios possíveis de comunicação, quer seja gestos ou expressões faciais. O esperar pela vez, o contato ocular e o escutar ativamente o outro são competências comunicativas importantes, que podem ser fomentadas através de jogos simples de dar a vez ao outro ou de imitação. As crianças com PEA gostam, geralmente, de jogos de esconder e perseguição, que podem ser estruturados de modo a fomentar as competências comunicativas. Para além disto, é fundamental respeitar o tempo da

criança, garantindo que esta compreendeu as instruções dadas e que lhe foi dado o tempo suficiente para responder (Jordan, 2000).

Outro dos domínios geralmente afetados nestes indivíduos engloba a atenção sustentada e a memória auditiva. No processo interventivo podem ser utilizadas variadas estratégias, tais como: chamar a criança repetidas vezes, colocar os materiais ao nível do seu rosto e acompanhar a instrução com gestos exagerados. A estruturação das tarefas pode, também, fomentar a atenção da criança, dado que facilita a compreensão das mesmas (Siegel, 2008). Para as aprendizagens que necessitam de memorização, a utilização de música e de mnemónicas parecem ser estratégias importantes (Jordan, 2000).

Nas PEA, apesar dos conhecidos défices sociais, geralmente os princípios de causa - efeito são compreendidos com facilidade, ou seja, que um comportamento específico pode levar a uma consequência desejada (Siegel, 2008). Assim, no processo de intervenção poderá dotar-se a criança de reforçadores extrínsecos para as atividades e interações, sendo essenciais as notas e elogios no decorrer das tarefas (Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children, 2011). Numa fase inicial a criança pode não dar importância a reforços sociais, i.e., aos elogios verbais emitidos, pelo que estes devem ser associados a reforços físicos e materiais (Siegel, 2008).

Para além das estratégias já enumeradas, o terapeuta pode adotar outros princípios facilitadores da aprendizagem. Crianças com PEA podem apresentar como áreas fortes a memória visual, a facilidade de ordenação das partes num todo e de associação e seguimento de padrões, pelo que a intervenção deve englobar tarefas com imagens, associações e ordenação de objetos e com categorias (Lima, 2012). Associar estímulos auditivos e estímulos visuais, nomeadamente de interesse para o indivíduo, parece apresentar-se, também, como um auxílio à aprendizagem, facilitando a receção e integração da informação. Numa fase inicial torna-se importante utilizar objetos de 3 dimensões e, posteriormente, para fomentar a abstração, imagens e desenhos. Para além da informação visual, também a informação tátil é, muitas vezes, mais facilmente processada (Siegel, 2008).

Os interesses geralmente desenvolvidos por indivíduos com PEA permitem-lhes desenvolver uma perspetiva única, uma habilidade específica e uma compreensão profunda da temática e, como tal, é fundamental apoiar e expandir essas áreas de interesse (Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children, 2011). Estas áreas podem, também, ser aproveitadas como recompensa pelo desempenho em tarefas que não sejam do seu interesse. Apesar disto, sempre que os interesses desenvolvidos se revelam excessivos ou pouco ajustados, deve incitar-se a sua

redução. A restrição dos mesmos deve ser um processo gradual, em que através de uma abordagem escalonada por fases se retira um elemento de cada vez. Deste modo, a criança aceita a modificação, dado que é mantida a previsibilidade da tarefa. As brincadeiras repetitivas devem, de igual forma, ser modificadas de uma forma gradual, através da modificação de determinados materiais ou espaços (Jordan, 2000).

1.3. TERAPIA PSICOMOTORA

O ser humano é um organismo complexo, onde corpo e mente andam de mãos dadas e se influenciam reciprocamente. O organismo humano é um só corpo, que quando interage com o ambiente se relaciona no seu todo, pelo que não existe uma interação segmentada do corpo ou do cérebro (Damásio, 1994). Neste sentido, a Psicomotricidade defende a estreita relação entre a atividade psíquica e motora, sendo o movimento tido como parte integrante do comportamento (Fonseca, 2005). Esta é, portanto, uma ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo e movimento, na relação com o mundo interno e externo; encontra-se ligada ao processo maturacional do homem, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas (Vechhiato, 2003).

A prática psicomotora incide em algumas concepções fundamentais relativas à pessoa e à sua maneira de ser. Esta área considera a pessoa de forma global, ou seja, como uma estreita união entre estrutura somática, afetiva e cognitiva e respeita a originalidade do seu ser e agir, reconhecendo a expressividade psicomotora como forma original de cada indivíduo (Aucouturier, 2010). De acordo com Aucouturier, Darrault e Empinet (1986 cit in Martins, 2001) a Terapia Psicomotora tem como finalidade a comunicação, a criação, o acesso a um pensamento operatório, assim como a harmonização e maximização do potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional.

Os instrumentos de trabalho de um Psicomotricista passam pelos próprios corpos, o espaço, o tempo e os ritmos da sessão, bem como os vários objetos disponíveis (Martins, 2001) - materiais diversificados, articuláveis, flexíveis e coloridos (Fonseca, 2009). O corpo em movimento, como meio de relação com o próprio e com o outro, é a mais poderosa arma de trabalho na Terapia Psicomotora (Fonseca, 2009).

A atitude do terapeuta revela-se fundamental para que todo processo de relação terapêutica se desenrole com sucesso. Assim, o terapeuta deve ser dotado de algumas características importantes, tais como: a empatia, a simpatia, a sintonia

afetiva, a não emissão de juízos de valor e a responsividade. A atitude heurística, que engloba o favorecimento da parte criativa e inventiva da criança, bem como a facilitação e promoção situações diversas na sessão, revela-se, de igual forma, essenciais. O objetivo não é fazer pela criança, mas sim envolvê-la para que seja capaz de, com os suas próprias capacidade, superar, contornar ou encontrar o caminho para conseguir chegar ao que o processo terapêutico pretende (Costa, 2008).

A Intervenção Psicomotora pode apresentar uma incidência relacional ou instrumental, o que depende da história de vida da criança, da etiologia e características da problemática e das características da instituição e do terapeuta. Na primeira o terapeuta apresenta-se como um intermediário securizante que medeia a relação da criança com o meio externo. A Terapia Psicomotora relacional atua ao nível dos problemas de identidade e fusionalidade. Por sua vez, na incidência instrumental a ênfase é colocada na exploração sensório-motora, nos objetos, no espaço e no tempo. Assim, é dada importância à ação da criança, uma ação intencional e consciente (Martins, 2001).

1.3.1. Terapia Psicomotora nas PEA.

O corpo da criança com PEA é distinto nas suas especificidades de funcionamento cognitivo, perceptivo, social e comunicativo, sendo dotado de peculiaridades psíquicas, emocionais e relacionais. O corpo da criança autista é, sem dúvida, a primeira e a última testemunha das suas especificidades (Joly, 2011).

Assim, a Terapia Psicomotora desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de uma criança com necessidades especiais, particularmente com PEA. Nesta, o desenvolvimento é fomentado por meio da brincadeira e do movimento, pela relação com o corpo e com o meio (Mangenot, 2012).

Este domínio pretende integrar as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e sensoriomotoras da criança na capacidade de ser e de se expressar em determinado contexto psicossocial (Ortega e Obispo, 2007). A Intervenção Psicomotora incide também nos variados domínios que se revelam como mais problemáticos nos indivíduos com PEA, fundamentalmente na comunicação, socialização e simbolização (Llinares e Rodríguez, 2003; Cornelsen, 2007; Vidigal e Guapo, 2003). Para além disto, tem um papel determinante no desenvolvimento da motricidade fina e global e na redução de comportamentos motores desajustados como as estereotipias e a agressividade (Vidigal e Guapo, 2003).

Nesta área terapêutica é dada importância ao conhecimento e domínio do corpo, com vista a melhorar a sua expressão e orientação no tempo e no espaço. O domínio do corpo permitirá o desenvolvimento integrado da ação, do pensamento e da emoção (Seixas, 2006). Assim, torna-se essencial proporcionar ao indivíduo sensações e experiências diferentes (Seixas, 2006) que, integradas num ambiente de relação com o terapeuta, permitem estimular áreas como a atenção, a relação entre o corpo e as suas funções, o espaço e os objetos (Latour, 2007 cit in Latour, 2008) e o desenvolvimento sensorial, cognitivo e emocional (Latour, 2008). Ao promover a construção de um corpo organizado e adequado, a Terapia Psicomotora contribui, igualmente, para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e do aparelho psíquico (Latour, 2008).

Os ajustes na estrutura de cada sessão são essenciais. O espaço deve ser estimulante, seguro e adequado; o tempo deve ser ajustado a cada criança, o que permite a adaptação ao ritmo da criança; as técnicas utilizadas devem ser diversas tanto no material, como nas atividades e ajudas. A gestão da sessão não se pode limitar à realização de sessões preparadas e padronizadas, sendo sempre necessário ajustes no decorrer das mesmas (Mangenot, 2012).

Devido às dificuldades na antecipação de acontecimentos, o Psicomotricista pode executar atividade de caráter circular, i.e., com uma estrutura básica que se repete; pode, igualmente, realizar as sessões sempre com a mesma estrutura (Rivière, 1997 cit. in Llinares e Rodríguez, 2003). Os rituais e a organização prévia do espaço vão promover o desenvolvimento dos primeiros esquemas da criança e vão conferir a sensação de segurança e previsibilidade (Augustin, 2013). Apesar disto, torna-se também importante introduzir progressivamente elementos novos e modificar os rituais de sessão (Rivière, 1997 cit. in Llinares e Rodríguez, 2003).

Nas sessões terapêuticas o Psicomotricista deve ter a capacidade de leitura rápida e precisa da intencionalidade da criança, estando atento aos sinais comunicativos da mesma. Este deve atribuir importância à comunicação não-verbal, como o gesto, expressão facial e tom de voz, assim como às palavras ou sons emitidos, dando-lhes significado. As atividades propostas devem ter em conta os gostos e interesses da criança, de forma a aumentar a sua motivação para a aprendizagem e a fortalecer a empatia com o terapeuta. Paralelamente, essas atividades devem ser desenvolvidas de acordo com as etapas de aquisição e com o nível de desenvolvimento da criança (Llinares e Rodríguez, 2003).

Para aumentar o repertório de palavras e frases da criança, podem ser usados materiais e atividades do seu interesse, assim como deve ser promovida a expressão verbal de regras, de desejos e de experiências nos rituais de início e final das sessões.

Ao nível da comunicação recetiva, torna-se fundamental que o adulto emita instruções simples e curtas, que podem ser acompanhadas de gestos exagerados ou imagens (Llinares e Rodríguez, 2003). Para além disto, o técnico deve modular o seu tom e volume de voz ao tipo de emissão verbal (Rivière, 1997 cit. in Llinares e Rodríguez, 2003).

A simbolização pode ser promovida através da realização de jogos pré-simbólicos, como o aparecer/desaparecer, perseguir, puxar/dar e da concretização de jogos simbólicos com objetos reais ou representativos da realidade (Llinares e Rodríguez, 2003). Os jogos exploratórios podem, também, ser introduzidos sob a forma de brincadeiras sociais, em que a criança tem de esconder e encontrar objetos. Desta forma, irá aprender como colocar objetos dentro, de baixo e atrás de outros objetos, o que estimula a compreensão das relações espaciais (Jordan, 2000). Qualquer atividade lúdica tem uma importância fulcral, por permitir a espontaneidade da criança e a aproximação do terapeuta (Seixas, 2006).

No que concerne às competências de imitação, o psicomotricista pode, depois de conseguir a atenção da criança, imitar o comportamento da mesma, enquadrando essa imitação numa situação de interação (Llinares e Rodríguez, 2003).

2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

A Terapia Psicomotora revela-se essencial na promoção de competências em indivíduos com necessidades especiais, nomeadamente com PEA. Apesar disto, são escassas as investigações que validam o papel desta área na perturbação referida.

Neste sentido, o presente trabalho pretende contribuir para a investigação no âmbito da Terapia Psicomotora na PEA, procedendo à análise dos resultados decorrentes de um período trimestral de intervenção em três crianças distintas.

Paralelamente o estudo ambiciona apurar a adequabilidade do instrumento de avaliação utilizado à investigação e população e verificar se existem áreas fortes e fracas que sejam concordantes entre indivíduos.

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De forma a clarificar os objetivos propostos, serão levantadas algumas questões de investigação:

- 1) A Terapia Psicomotora contribui para o desenvolvimento de crianças com PEA?
- 2) Em que domínios do desenvolvimento a Terapia Psicomotora contribuiu de forma mais significativa?
- 3) Em que domínios do desenvolvimento a Terapia Psicomotora contribuiu de forma menos significativa?
- 4) As atividades psicomotoras propostas revelaram-se ajustadas à população e objetivos de intervenção?
- 5) As estratégias adotadas no decorrer da intervenção foram eficazes?
- 6) O instrumento de avaliação aplicado encontra-se adaptado à população (nível de dificuldade, compreensão e pertinência das tarefas)?
- 7) As áreas avaliadas pelo instrumento de avaliação permitem caraterizar globalmente a criança?
- 8) Uma avaliação psicoeducacional permite formular um plano de Intervenção Psicomotora?
- 9) Quais os domínios fortes e fracos das crianças com PEA?

3. METODOLOGIA

3.1. O ESTUDO DE CASO

A presente investigação utilizou a metodologia de estudo de caso, dado que para atingir os objetivos prepostos se tornava mais relevante considerar a profundidade do objeto e do conhecimento do que a sua extensão. Esta decisão centrou-se nas potencialidades desta opção metodológica, que permite explorar, descrever e compreender acontecimentos, envolvidos em diversos fatores (Stake, 2009). Assim, identificar fidedignamente os benefícios da Terapia Psicomotora nas PEA só seria possível através do estudo individual de cada criança. Este tipo de estudo permite verificar o fenómeno indicado, sem descuidar dos fatores que podem influenciar e justificar os resultados (Stake, 2009).

Neste tipo de investigação procura-se encontrar respostas para o “como?” e “porquê?”, entender as relações entre fatores e descrever e analisar fenómenos de forma profunda e global. Assim, o estudo de caso pretende compreender o caso selecionado, ao invés de tentar entender outros casos. O objetivo primordial desta metodologia é a singularidade e não a generalização, onde o conhecimento de outros casos diferentes permite compreender melhor o próprio caso. Outra das características desta investigação qualitativa refere-se à ênfase dada à interpretação; o caso deve ser observado e estudado ao pormenor, para que se compreenda o significado do seu desenvolvimento e dos acontecimentos a ele associados (Stake, 2009).

Para recolher os dados relativos ao caso podem ser utilizadas diversas técnicas, entre as quais, relatórios, inquéritos, entrevistas e observação. Ao utilizar diferentes técnicas podem ser recolhidos diferentes dados, o que permite compará-los entre si. Sempre que a recolha de dados é realizada num território privado, deve ser pedida a devida autorização ao responsável (Stake, 2009). Na presente investigação foi entregue um consentimento informado aos cuidadores, aplicado um questionário referente à história de vida da criança, recolhidas informações quantitativas através da aplicação de um instrumento de avaliação e qualitativas, pela observação. Para além disto, foi preenchida uma tabela relativa ao cumprimento dos objetivos propostos em cada sessão.

3.2. AMOSTRA

A amostra é constituída por 3 crianças do género masculino, o A., o J. e o R., com idades entre 6 e 7 anos e diagnóstico de PEA. Todos os indivíduos residem em Lisboa e frequentam o programa Intervenção Intensiva Precoce e Inclusão no Ensino Regular (PIIP) da Associação de Atividade Motora Adaptada (AAMA). Duas das crianças têm 5 horas diárias de intervenção terapêutica (R. e J.) e o A. usufrui de 7 horas. A autora da investigação é uma das terapeutas do referido programa.

A AAMA é uma Instituição Privada de Solidariedade Social que apoia crianças e jovens com necessidades especiais, através dos vários programas que desenvolve a nível desportivo, terapêutico, recreativo, educacional e formativo. A associação centra-se na otimização do desenvolvimento destes indivíduos através da promoção de atividades, fundamentalmente, desportivas e de expressão artística. Atualmente a AAMA desenvolve sete programas: Natação adaptada, Karaté adaptado, Psicomotricidade, Colónias de Férias e Fins de semana desportivos, Desporto para pessoas com doença mental, Hidroterapia e o PIIP.

O PIIP destina-se a crianças entre os 2 e os 7 anos com Perturbações do Desenvolvimento e decorre no Externato João XXIII. O seu objetivo primordial consiste em fomentar nestas crianças competências e ferramentas básicas que possibilitem a sua integração no ensino regular. O programa engloba Terapia Psicomotora, natação adaptada, karaté adaptado, terapia da fala, intervenção intensiva em sala e acompanhamento a salas regulares de educação pré-escolar. A intervenção em sala não se baseia em nenhuma metodologia em particular, mas utiliza um modelo global resultante de princípios de várias técnicas de intervenção; é dada primazia a um ensino estruturado, intensivo e individualizado. Os objetivos de cada uma das áreas terapêuticas são estabelecidos segundo o perfil individual de cada criança, tendo em conta os seus interesses específicos, o seu nível de desenvolvimento e as necessidades apontadas pela família.

3.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para a realização da presente investigação foi aplicado o instrumento de avaliação Perfil Psicoeducacional: terceira edição (PEP-3) (Schopler, Lansing, Reichler e Marcus, 2005), que engloba um formulário escrito para aplicar à família e um teste de performance de aplicação à criança. Para além disto, foi solicitado à família o preenchimento de um questionário acerca da história de vida da criança e foram recolhidas observações qualitativas no momento de avaliação.

3.3.1. Questionário da História de Vida da Criança.

O Questionário da História de Vida da Criança, desenvolvido pela autora da investigação, destina-se a recolher informações respeitantes ao desenvolvimento, diagnóstico, terapias atuais e anteriores e agregado familiar da criança. Assim, encontra-se repartido em cinco partes: dados pessoais; história clínica; história pré-natal, perinatal e pós-natal; desenvolvimento infantil e percurso educativo (ver anexo I).

Nos dados pessoais procede-se à recolha de informações relativas à identificação da criança, pais e irmãos, assim como do tempo que passam juntos e das atividades usualmente realizadas.

Na história clínica, para além da identificação do diagnóstico (local, data, médico que o estabeleceu), são questionadas quais as terapias atuais e anteriores a que a criança esteve sujeita, a medicação tomada e as possíveis comorbilidades.

Na secção história pré-natal, perinatal e pós-natal solicita-se ao cuidador que informe acerca das condições a que a mãe esteve sujeita antes do parto e de situações relevantes que ocorreram nos períodos pré, peri e pós natal.

O desenvolvimento infantil, por sua vez, subdivide-se em: saúde infantil, desenvolvimento global, alimentação, desenvolvimento motor, desenvolvimento auditivo e verbal, desenvolvimento social, autonomia, desenvolvimento visual e desenvolvimento emocional. Nesta área são questionados os marcos de desenvolvimento já adquiridos pela criança e a idade em que tal ocorreu.

Por fim, no percurso educativo são recolhidas informações acerca do comportamento da criança em relação aos funcionários e colegas, em escolas de ensino regular que possa ter frequentado.

De forma a facilitar o preenchimento e análise da informação fornecida, o questionário recorre, sobretudo, a respostas de escolha múltipla e ao preenchimento de espaços e tabelas. Cada questionário deve ser preenchido de forma independente pelo cuidador, pelo que a linguagem utilizada é simples e direta.

3.3.2. Perfil Psicoeducacional – Terceira Edição.

O Perfil Psicoeducacional: Terceira Edição, da autoria de Schopler, Lansing, Reichler e Marcus (2005), visa avaliar o desenvolvimento psicoeducacional de crianças com perturbação do espectro do autismo, com idades compreendidas entre 6 meses e 7 anos. O mesmo resultou da revisão e melhoria da sua edição anterior, o Perfil Psicoeducacional: Revisto (PEP-R) (Schopler, Lansing, Reichler, Bashford e

Marcus, 1990 cit in Schopler et al, 2005) que, por sua vez, adveio da revisão do Perfil Psicoeducacional (PEP) (Schopler e Reicler, 1979 cit in Schopler et al, 2005).

O PEP surgiu em 1979 na Escola de Medicina na Universidade da Carolina do Norte nos EUA (Schopler et al, 2005), tendo por base a metodologia TEACH. O instrumento foi desenvolvido com o intuito de colmatar as lacunas existentes ao nível da avaliação de crianças com PEA. Em instrumentos anteriores a maioria das tarefas apresentava níveis elevados de linguagem verbal, quer ao nível das instruções quer nas respostas que se pretendiam obter, o que levava a que estas crianças obtivessem resultados bastante baixos. Posto isto, tornou-se necessário desenvolver testes com tarefas flexíveis e ajustadas ao perfil de aprendizagem e ao comportamento idiossincrático destas crianças (Schopler et al, 2005).

Em resposta a clínicos que citaram a necessidade de incluir crianças cada vez mais novas em programas pré-escolares e dada a mudança legislativa nesse sentido, o instrumento foi revisto. No PEP-R foram adicionados itens para a idade pré-escolar, (especialmente para o nível abaixo dos dois anos e meio), acrescentadas tarefas dirigidas ao funcionamento da linguagem e desenvolvidos itens relativos aos problemas comportamentais destas crianças. O teste sofreu, ainda, algumas alterações ao nível da linguagem utilizada, dado que os critérios de definição e classificação passaram a ser orientados pelo DSM-IV e CID-10. O PEP-R tornou-se, também, mais sensível à adaptação individual da instrução, minimizou as direções verbais e a necessidade de comunicação, tal como se tornou mais flexível em relação ao tempo de aplicação das tarefas e à forma de administração das mesmas (Schopler et al, 2005).

O aumento da utilização do teste levou a uma necessidade crescente de corrigir os problemas apontados ao nível da psicométrica e da adaptação e adequação do instrumento à população alvo, pelo que foi desenvolvido o PEP-3. Assim, as alterações administradas nesta edição englobam: aumento do número de itens não-verbais e divisão entre itens verbais e não-verbais (itens verbais avaliados somente nas subáreas “Linguagem Expressiva” e “Comportamento Verbal Característico”); maior flexibilidade na administração das tarefas; exclusão do fator tempo na avaliação da performance; utilização de materiais concretos e de interesse para a população alvo; expansão das áreas de desenvolvimento avaliadas, o que fomenta o sucesso da criança; aumento dos itens dirigidos à identificação de capacidades especiais de aprendizagem e de interesses específicos; ajustamento das áreas e subáreas de acordo com as investigações científicas mais recentes; possibilidade de comparação com pares ditos normais e com pares com PEA; facilitação do tratamento estatístico através da quantificação da cotação dos itens em valores de 0, 1 e 2, anteriormente

avaliados de forma qualitativa (faz, emergente e não faz). Para além de todas as alterações referidas no Teste de Performance, foi acrescentado o Formulário para o Cuidador, o que conferiu a importância devida ao papel dos pais na avaliação da criança (Schopler et al, 2005).

O PEP-3 engloba itens de avaliação formal (aplicação de tarefas) e de avaliação informal (observação do comportamento), o que permite a avaliação de competências psicoeducativas gerais e a identificação das características únicas de cada criança. A pontuação global do teste (quociente de desenvolvimento) é obtida através da soma dos vários valores que, pela consulta de tabelas fornecidas no instrumento, permitem determinar a idade de desenvolvimento correspondente e o respetivo percentil. Este conjunto de dados permite construir o Perfil Psicoeducacional da criança (Schopler et al, 2005). O instrumento auxilia na programação educativa para estas crianças, nomeadamente no planeamento de PEI's (Programa Educativo Individual) (Lima, 2012).

3.3.2.1. Teste de Performance.

O teste de performance é constituído por 172 itens organizados em três áreas: "Motricidade", "Comunicação" e "Comportamentos Desadaptativos". Cada área é, por sua vez, dividida em subtestes. A "Comunicação" engloba as subáreas: "Cognição Verbal/Pré-verbal" (CV), "Linguagem Expressiva" (LE) e "Linguagem Recetiva" (LR). Na "Motricidade" inclui-se: "Motricidade Fina" (MF), "Motricidade Global" (MG) e "Imitação Visuo-motora" (IVM). Os "Comportamentos Desadaptativos" englobam: "Expressão Afetiva" (EA), "Reciprocidade Social" (RS), "Comportamento Motor Característico" (CMC) e "Comportamento Verbal Característico" (CVC). As seis subáreas relativas à "Comunicação" e "Motricidade" testam habilidades de desenvolvimento e as restantes medem comportamentos adaptativos (Schopler et al, 2005).

Na área "Comunicação" o instrumento avalia a capacidade de falar, ouvir, ler e escrever da criança. O subteste "CV" permite avaliar a cognição e memória verbal da criança, i.e., as suas capacidades ao nível da resolução de problemas, compreensão de sequências, integração visuo-motora e da resposta à informação sonora. Por sua vez, a "LE" mede a capacidade de expressão verbal e gestual da criança, tanto nos pedidos espontâneos como na nomeação de cores, números, objetos e formas geométricas. A "LR" avalia a compreensão verbal da criança, tanto ao nível da identificação de cores, formas, tamanhos, objetos, imagens, letras e partes do corpo, como a compreensão de instruções e perguntas (Schopler et al, 2005).

Na área “Motricidade” são testadas as competências motoras da criança, desde a coordenação óculo-manual aos movimentos mais grosseiros. A “MF” avalia a coordenação de diferentes partes do corpo. Na “MG” são avaliados os movimentos mais grosseiros, ou seja, a capacidade de controlo de diferentes partes do corpo. A “IMV” testa a capacidade de imitação visual e motora da criança, tanto de movimentos finos e grosseiros como da utilização de objetos (Schopler et al, 2005)

Nos “Comportamentos Desadaptativos” são identificados comportamentos inapropriados ao nível da interação social, linguagem, postura e movimentos. Na “EA” mede-se a adequação das respostas afetivas da criança; avalia-se a expressão facial e as posturas corporais utilizadas para demonstrar sentimentos. Na “RS” identificam-se os problemas na interação social, através da apreciação da iniciativa da criança para interagir e iniciar jogos sociais com o examinador. Na subárea “CMC”, pela observação livre da criança, é verificada a existência de comportamentos sensoriais e táteis atípicos. Por fim, no “CVC” testa-se a capacidade da criança falar adequada e eficazmente para a idade (Schopler et al, 2005).

As tarefas são cotadas com “0” se a criança não consegue completar qualquer aspeto da atividade solicitada ou se não a realiza mesmo após inúmeras demonstrações. O valor “1” atribui-se a uma performance emergente, i.e., quando o indivíduo demonstra alguns conhecimentos acerca da execução da tarefa mesmo que não a consiga completar, quando a tarefa só é completada após inúmeras demonstrações do avaliador ou quando este tem de ensinar à criança como finalizar a tarefa. Por fim, as tarefas cotadas com “2” são executadas adequadamente e não necessitam de demonstração. Os itens pertencentes aos “Comportamentos Desadaptativos” são cotados segundo a mesma escala, contudo, baseiam-se nas observações e julgamento do avaliador; o valor “0” é conferido quando a manifestação do comportamento é intensiva, repetida e exagerada, tornando-o peculiar e disfuncional; o valor “1” atribui-se a comportamentos pouco usuais e o valor “2” a comportamentos apropriados para a idade (Schopler et al, 2005) (ver anexo II e III).

3.3.2.2. *Formulário para o Cuidador.*

O Formulário para o Cuidador é preenchido pelos cuidadores, que devem basear as suas respostas na observação das rotinas diárias da criança. Este formulário contém duas secções: o nível atual de desenvolvimento da criança e o grau do problema em diferentes categorias de diagnóstico. Na primeira, o cuidador deve estimar uma idade de desenvolvimento para cada domínio apresentado e na segunda secção as diferentes categorias de diagnósticos devem ser avaliadas segundo a sua aplicabilidade (aplica-se, não se aplica, não sei) e o seu grau de interferência (ligeiro,

moderado, severo). Adicionalmente o formulário inclui três subtestes: “Problemas de Comportamento” (PC), “Cuidado Pessoal” (CP) e “Comportamento Adaptativo” (CA). No primeiro avaliam-se os comportamentos ou áreas usualmente afetadas em crianças com PEA, como o contato ocular, a linguagem, os interesses restritos, os maneirismos motores e a socialização. No “CP” mede-se o grau de autonomia da criança na higiene e refeições. No “CA” avalia-se a interação da criança com os pares e outras pessoas, o seu comportamento perante determinadas atividades e objetos, assim como a sua facilidade de aprendizagem (Schopler et al, 2005) (ver anexo IV).

Na subárea “PC” os itens são avaliados através de três níveis que quantificam o grau do problema (não é problema, problema ligeiro/moderado e problema severo), pontuados pelo examinador como 2, 1 e 0, respetivamente. Nos restantes subtestes o cuidador deve escolher de três opções a frase que melhor completa a afirmação, sendo igualmente pontuados entre 0 e 2 (0- ultima opção, 2 – primeira opção) (Schopler et al, 2005).

3.3.2.3. Adaptação do Instrumento à Investigação.

O instrumento utilizado, PEP-3, não se encontra validado para a população portuguesa e, como tal, a sua análise e interpretação para a investigação é de âmbito qualitativo. Posto isto, tanto no Teste de Performance como no Formulário para o Cuidador foram realizadas adaptações.

O Teste de Performance foi aplicado na totalidade conforme as orientações dadas, no entanto, não foi possível traçar um perfil psicoeducacional e comparar o indivíduo com os pares e/ou outras crianças com a perturbação. As áreas e subáreas foram analisadas intra-individualmente, i.e., de acordo com a pontuação máxima possível e a pontuação obtida, foram calculadas as percentagens dos diferentes domínios. Posto isto, os domínios foram comparados entre si de forma a identificar as áreas fortes e fracas de cada criança.

No Formulário para o Cuidador apenas se aplicou os três subtestes (PC, CP e CA), não sendo possível utilizar e comparar as informações das restantes secções. As pontuações das subáreas foram analisadas segundo o mesmo procedimento do Teste de Performance.

3.3.3. Observação Qualitativa.

A observação qualitativa permite dar a conhecer especificidades da criança que não são possíveis de detetar pela aplicação de um teste quantitativo. Assim, nas

observações qualitativas é descrito o comportamento geral da criança ao longo da aplicação da avaliação, assim como competências e características relevantes para o processo de intervenção. Esta avaliação qualitativa foi recolhida através de filmagens e de um descritivo que a terapeuta realizava após cada sessão de avaliação.

3.4. PROCEDIMENTOS

Numa fase inicial, com vista a dar a conhecer aos cuidadores a investigação, procedeu-se à exposição verbal e à entrega de um documento informativo com os objetivos e procedimentos gerais do estudo. Após a sua leitura, recorreu-se à entrega do consentimento informado que, depois de devidamente validado e entregue, possibilitou o início investigação (ver anexo V e VI).

A avaliação das crianças através do PEP-3 e das Observações Qualitativas decorreu em dois momentos: no início da investigação (Fevereiro de 2013) – Avaliação Inicial e após o período de intervenção terapêutica (Julho de 2013) – Avaliação Final. A aplicação do Teste de Performance foi individual, tendo sido realizada pela autora da investigação numa sala do Externato João XXIII. A avaliação decorreu ao longo de duas-quatro sessões de 60 minutos, dependendo do caso. O Formulário para o Cuidador e o Questionário da História de Vida da Criança foram preenchidos de forma independente pelos cuidadores. Este último foi preenchido somente o início da investigação.

Após a Avaliação Inicial e de acordo com os resultados evidenciados pela mesma, foi estabelecido o Plano Terapêutico, que engloba objetivos gerais, objetivos específicos e objetivos comportamentais. De acordo com os objetivos a atingir, para cada sessão eram estabelecidos objetivos de sessão. As sessões de intervenção decorreram durante um período de, sensivelmente, 3 meses (entre Abril e Junho), com frequência semana/bissemanal (de acordo com o caso) e duração de 60 minutos. As restantes características das sessões foram adaptadas a cada criança. A autora da investigação foi a técnica de intervenção, já conhecendo previamente as crianças e famílias. Para além disto, as referidas sessões foram realizadas no mesmo local da avaliação, uma sala pertencente ao PIIP no Externato João XXIII. No que concerne ao material, algum do utilizado pertencia ao PIIP e outro foi desenvolvido pela autora.

3.5. PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS GERAIS DA INTERVENÇÃO

A intervenção realizada com as crianças em estudo tomou por base os princípios patentes da Terapia Psicomotora, assim como se fundamentou em algumas metodologias, princípios e estratégias de intervenção para as PEA, anteriormente descritas

De acordo com os princípios gerais de intervenção defendidos para as PEA, o processo de intervenção foi individual, i.e., num trabalho de um para um, pelo que instruções e atividades foram ajustadas ao nível de compreensão verbal e social da criança. A intervenção foi delimitada, também, de acordo com as áreas fracas e fortes do indivíduo, utilizando estas últimas como fator de motivação.

A intervenção incitou à estimulação das variadas áreas do desenvolvimento, nomeadamente, a cognição, socialização, comunicação e comportamento. Para além das áreas de desenvolvimento referidas, as sessões procuraram incidir em competências académicas; dadas as características do instrumento aplicado, assim como a idade das crianças, tornou-se pertinente estimular este domínio.

3.5.1. O Espaço.

Pela importância do espaço na Terapia Psicomotora, este foi organizado de forma a ser tido como estimulante e confortável para a criança, fomentando a sua adaptação. Posto isto, a sala de intervenção era um espaço luminoso, relativamente amplo, com uma temperatura amena, onde se encontravam dispostos materiais diversos e coloridos.

A organização do espaço dependia das atividades que seriam realizadas, no entanto, possuía sempre um local para trabalho de mesa (uma mesa e duas cadeiras) e algum material disposto (como um trampolim, bola de fitness, blocos e pinos). Sempre que necessário, a sala era organizada previamente no sentido da criança realizar, também, atividades no tapete ou circuitos; esta estruturação do espaço é fomentada pela metodologia TEACH e igualmente defendida na Terapia Psicomotora.

3.5.2. As Atividades.

A promoção de competências de generalização é um domínio interventivo importante nas PEA, pelo que foram realizadas diferentes tipos de atividades tais como: circuitos, pequenas gincanas, jogos de competição e entreajuda, realização de construções, brincadeira com carros e casas, ouvir e cantar músicas, explorar livros, recortes, colagens, construções com plasticina, desenhos e pinturas.

O desenvolvimento da autonomia e da criatividade da criança são, também, essenciais na Terapia Psicomotora, pelo que em todas as sessões era dado espaço e tempo para que a criança explorasse a sua espontaneidade e decidisse as atividades que queria concretizar. Para além disto, outra das características da Intervenção Psicomotora utilizada na investigação engloba a manutenção de uma estrutura definida, pelo que as atividades mais lúdicas e dinâmicas foram realizadas no início e final da sessão e as atividades de mesa num momento intermédio.

3.5.3. Os Materiais.

Ao nível dos materiais, foram utilizados pinos, blocos, bolas de diversas cores e tamanhos, jogos de construção, carros, uma casinha para brincar e respetivos bonecos, livros, rádio e cds, imagens representativas de objetos, canetas e lápis, plasticina, tal como fichas diversas construídas pela autora. Esta panóplia de experiências, onde se utilizaram diferentes materiais, surge, também, como um princípio caracterizador da Terapia psicomotora. A diversidade de materiais motiva a criança para a aprendizagem e promove a generalização de competências.

3.5.4. O Terapeuta.

Em Terapia Psicomotora a atitude do terapeuta revela um papel essencial, pelo que este manteve uma postura positiva e motivadora, com o intuito de estabelecer uma relação empática com a criança. Pelo papel da comunicação não-verbal, esta foi bastante valorizada ao longo do processo de intervenção; o terapeuta atribuiu significado aos gestos, expressão facial e reações da criança, assim como procurou utilizar o meio não-verbal como complemento às instruções dadas.

Para além disto, em momentos de brincadeira foram utilizados alguns dos princípios inerentes à metodologia Floortime, pelo que o terapeuta brincou no chão com a criança e seguiu a sua atividade espontânea, integrando-a. Ainda de acordo com esta linha, a comunicação e relação foi constantemente valorizada pela terapeuta ao longo das sessões, de forma a tornar este momento agradável e prazeroso para a criança.

3.5.5. As Estratégias de Intervenção.

No que concerne à gestão do comportamento da criança, a intervenção buscou algumas das estratégias comportamentais defendidas pela metodologia ABA, tais como identificar os antecedentes e agir de acordo com os mesmos. Assim, sempre que necessário eram retirados alguns estímulos potenciadores de stress para a

criança, tal como eram dados momentos de brincadeira livre entre as tarefas, de forma a evitar períodos de maior destabilização. Perante comportamentos de oposição em relação a determinadas atividades, a terapeuta mantinha a instrução, garantindo que esta era cumprida; assim, um comportamento disruptivo não era tido pela criança como compensador, levando à sua redução.

Ao longo da realização das atividades foram utilizadas diferentes tipos de ajudas: ajuda verbal, com indicação das atividades a realizar; ajuda visual, com utilização de objetos, desenhos e fotografias; ajuda gestual, apontando e gesticulando de acordo com a tarefa a cumprir; ajuda física, total ou parcial dependendo do grau de dificuldade da criança; demonstração. Estas ajudam fundamentam-se tanto nas estratégias gerais de intervenção para as PEA, como na metodologia TEACH. Paralelamente, de forma a contornar o défice de atenção associado a esta problemática, foram utilizadas estratégias como: repetição da instrução, chamada da criança por meio verbal ou físico (toque), chamada de atenção no decorrer das tarefas e foi dado tempo entre as tarefas para que a criança brincasse com jogos ou materiais apelativos. Estas últimas fundamentam-se nas estratégias gerais defendidas para a problemática.

Para além das estratégias referidas, foram utilizados reforços positivos; assim, sempre que conseguido sucesso nas atividades ou de cada vez que a criança interagia de forma espontânea com o terapeuta, era dado um reforço positivo verbal e/ou material. A utilização de reforços toma por base a terapia comportamental ABA.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida serão apresentados os três estudos de caso que fundamentam o contributo na Intervenção Psicomotora na PEA. Deste modo, cada estudo de caso é iniciado com a anamnese da criança, sendo apresentada a sua história de vida, ou seja, os aspetos terapêuticos, desenvolvimentais e familiares mais relevantes, recolhida a partir do Questionário da História de Vida da Criança. Posto isto, serão expostos os resultados da avaliação inicial, onde se inclui os resultados decorrentes da aplicação do instrumento de avaliação (Teste de Performance e Formulário para o Cuidador) e as observações qualitativas conseguidas. Com o intuito de facilitar a compreensão da informação, os dados encontram-se apresentados sob a forma gráfica, após uma breve explicação dos mesmos.

Posteriormente será dado a conhecer a conceptualização do caso, onde se apresenta uma possível relação entre os vários dados recolhidos na avaliação inicial. Segue-se a apresentação dos objetivos específicos do Plano Terapêutico, assim como um breve relato acerca do decorrer das sessões e das evoluções percecionadas nas mesmas. Posto isto, será dado a conhecer a avaliação final, onde se comparam os resultados obtidos nos dois momentos distintos de avaliação, a discussão do caso e as limitações e dificuldades encontradas no mesmo.

4.1. ESTUDO DE CASO – CRIANÇA A.

4.1.1. Anamnese.

O A. é um rapaz com 6 anos de idade. Reside com o pai, a mãe e uma irmã, de 4 anos de idade. O primeiro apresenta como habilitações literárias a Licenciatura e a mãe o 12º ano. A família realiza com regularidade atividade como: viajar, passear, jogar e ler.

A sua gravidez foi considerada de risco, por condições de saúde da mãe; apesar disto o período peri e pós natal decorreram sem complicações (ver anexo III). Aos 29 meses de idade (Julho de 2008), o A. foi diagnosticado com PEA. Posto isto, realizou terapia ABA com uma frequência de 5 horas diárias e em Dezembro de 2011 entrou para o PIIP com uma frequência de 7 horas diárias. O A. não frequentou creches ou jardins-de-infância de ensino regular.

Em termos desenvolvimentais parecem não existir problemas ao nível das rotinas de sono; o mesmo não acontece na alimentação, dado que a criança recusa a ingestão de alimentos novos ou que não sejam cozinhados pela mãe. Na autonomia, o A. parece ter iniciado o controlo dos esfíncteres diurnos tardiamente, aos 5 anos de idade e não controla, ainda, os esfíncteres noturnos; também as competências relativas ao vestir e despir surgiram mais tarde que o esperado.

O desenvolvimento motor global da criança foi típico, no entanto, no desenvolvimento motor fino tanto a preferência por uma mão como o desenhar parecem ter-se desenvolvido tardiamente.

Em termos do desenvolvimento auditivo e verbal, algumas das suas etapas ocorreram no período típico, contudo, outras competências só surgiram após o período esperado, nomeadamente, o balbuciar com os outros, o reagir ao nome, o tentar cantar e a utilização de algumas palavras e frases com significado. A cuidadora indicou, ainda, que algumas das competências verbais precocemente desenvolvidas deixaram de ser evidenciadas pela criança aos 18 meses de idade.

No âmbito social tanto o reagir ao falar como o obedecer a ordens foram as tarefas indicadas como mais problemáticas. O A. apresenta uma atitude carinhosa em relação aos familiares, no entanto, prefere brincar sozinho e com a irmã do que com os pares da mesma idade.

4.1.2. Avaliação Inicial.

4.1.2.1. Teste de Performance.

Os resultados obtidos a partir do Teste de Performance indicam que o A. apresenta percentagens elevadas em todos os domínios avaliados, sendo que as pontuações de cada área e subárea estão acima de 70 por cento. À exceção de alguns itens da “LE” (itens 93, 94, 95 e 96), a criança obteve pontuação 1 nas restantes tarefas, ou seja, os domínios tidos como problemáticos são, maioritariamente, emergentes (ver anexo VII).

Das três áreas avaliadas, “Comunicação”, “Motricidade” e “Comportamentos Desadaptativos”, parece ser a “Motricidade” a área forte da criança. Nesta, tanto a subárea “Motricidade Global” como a “Imitação Visuomotora” são domínios fortes, o que indica capacidades ao nível do controlo do corpo e na imitação parecem ser as esperadas para a idade. A “Reciprocidade Social” revela-se, igualmente, uma subárea forte da criança, pelo que esta parece interagir de forma espontânea e adequada com o outro.

As áreas “Comunicação” e “Comportamentos Desadaptativos” apresentam pontuações elevadas e semelhantes, não sendo assim possível estabelecer uma área para a criança. Posto isto, importa tomar em atenção as subáreas avaliadas, de onde emerge que o “Comportamento Verbal Característico” e a “Linguagem Expressiva” são as subáreas com a percentagem mais baixa. Na primeira as dificuldades centram-se na adequabilidade da articulação, volume, entoação e velocidade da fala e na quantidade de palavras existentes no seu reportório, que parece ser menor ao esperado para a idade. As dificuldades na “LE” referem-se, principalmente, à leitura de palavras e frases, nomeação de letras e à utilização de uma sintaxe apropriada. Esta última indica que o A. apresenta dificuldades na organização do discurso.

O A. evidenciou, também, dificuldades em responder a perguntas iniciadas com “como”, “porquê”, “onde” e “quando”, prova relativa à “Linguagem Recetiva”. Adicionalmente revelou défices em alguns itens da “Cognição Verbal/Pré-verbal”, nomeadamente, na cópia de um diamante, no agrupamento de figuras e na repetição de três dígitos. Por fim, no âmbito da subárea “CMC”, a criança realiza, ocasionalmente, movimentos e maneirismo inadequados e repetitivos, tais como bater no peito e na mesa e mostra relutância em provar alimentos novos.

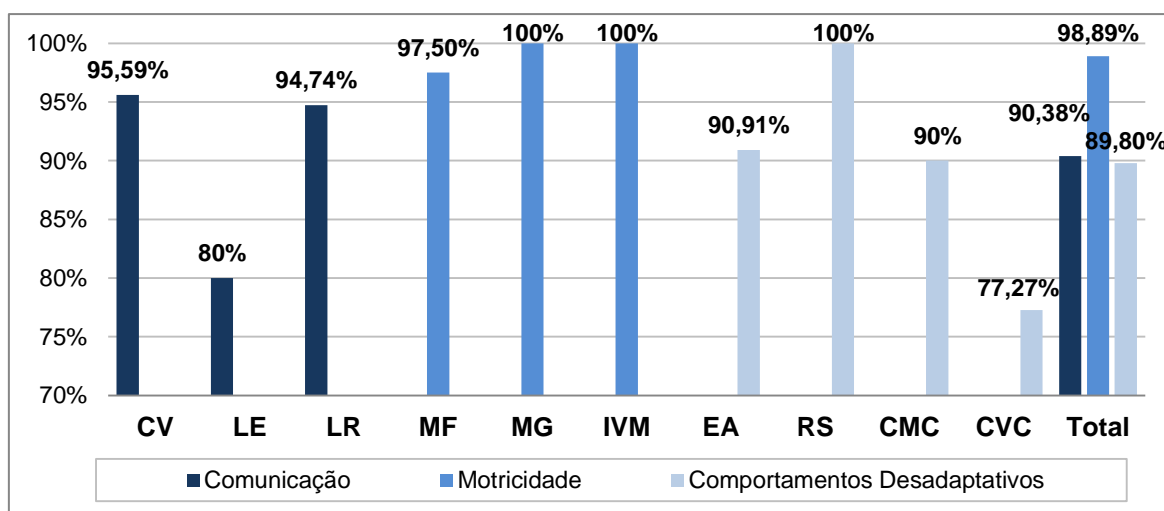


Figura 1 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança A. pelo Teste de Performance

CV – Cognição Verbal/Pré-Verbal; LE – Linguagem Expressiva; LR – Linguagem Recetiva; MF – Motricidade Fina; MG – Motricidade Global; IVM – Imitação Visuo-motora; EA – Expressão Afetiva; RS – Reciprocidade Social; CMC – Comportamento Motor Caraterístico; CVC – Comportamento Verbal Caraterístico.

4.1.2.2. *Formulário para o Cuidador.*

A criança apresenta percentagens elevadas no Formulário para o Cuidador, com valores superiores 60 por cento. As áreas “Cuidado Pessoal” e “Comportamento Adaptativo” possuem, ambas, pontuações elevadas e próximas, pelo que parecem ser ambas domínios fortes. O A. parece ser autónomo na alimentação, nos hábitos de sono, na higiene oral e no despir, pelo que as dificuldades surgem no tomar banho, vestir e na escolha da roupa. No “CA” o cuidador indica que a criança não apresenta dificuldades na realização de jogos simbólicos e na aprendizagem de competências, contudo, o A. parece hesitar antes de se envolver em algo novo e está, ocasionalmente, ausente em relação ao que ocorre em seu redor; concomitantemente, a criança desconhece o comportamento adequado ao atravessar a estrada (ver anexo VIII).

Os “Problemas de Comportamento” revelam-se como o âmbito mais problemático, sendo que, à exceção dos itens referentes ao contato ocular, expressão facial, comunicação por gestos e à demonstração de sentimentos e emoções, tidos como não problemáticos, todos os restantes itens foram considerados problemáticas em grau ligeiro ou moderado. Assim, o A. parece ter dificuldades comunicativas, i.e., na fala e na iniciação e manutenção de uma conversa; sociais, tanto na formação de amizades como na partilha com o outro e dificuldades comportamentais, pois apresenta maneirismos motores, interesses restritos e rotinas específicas.

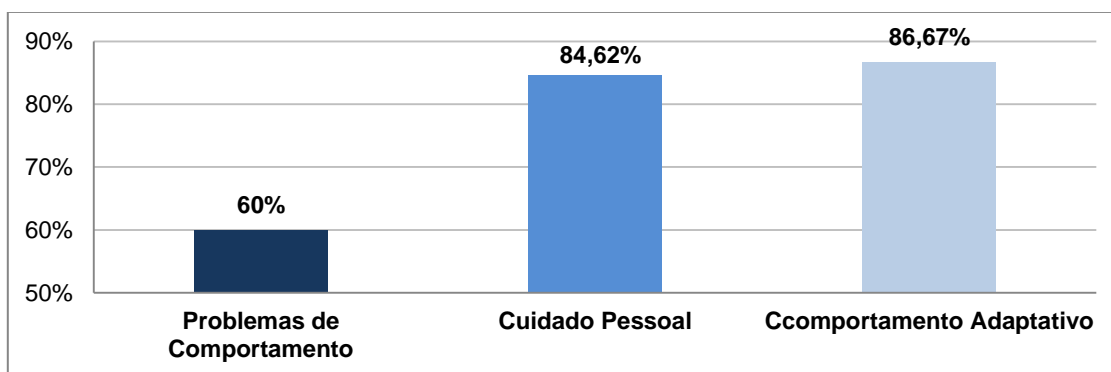


Figura 2 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança A. pelo Formulário para o Cuidador

4.1.2.3. *Observações Qualitativas.*

Através das observações qualitativas realizadas foi possível verificar que a criança se manteve bem-disposta e cooperante com a generalidade das atividades, interagiu e comunicou espontaneamente com a avaliadora e demonstrou empenho nas tarefas, estando atento e concentrado no momento de realização das mesmas.

Através da observação do comportamento comprovou-se, ainda, que a criança apresenta comportamentos de oposição em relação a determinadas tarefas, principalmente aquelas em que nutria maiores dificuldades (e.g. pintar dentro dos limites). Ocasionalmente, ao ser pedida uma tarefa, o A. negava imediatamente a realização da mesma, no entanto, logo de seguida, sem que o avaliador comentasse o referido, realizava a prova.

Para além disto a criança apresenta uma pega do lápis inapropriada para a idade, colocando todos os dedos no mesmo. A nível comunicativo, ocasionalmente o A. realiza sons inapropriados (imitação de animais), utiliza entoações distintas (mais agudas ou graves que o seu tom de voz - imitação de desenhos animados ou monstros) e comunica com uma velocidade elevada o que, por vezes, dificultou a compreensão do discurso. Foi, também, notório que o A. verbaliza nos momentos em que brinca sozinho (fala para si), contando toda a história do jogo. Apesar de possuir variadas competências comunicativas a criança apresenta, ainda, um vocabulário restrito e um discurso menos elaborado do que o que seria de esperar para a sua idade. A sua área de maior interesse são os animais.

4.1.3. Conceptualização do Caso.

Tomando por base todas as metodologias de avaliação aplicadas à criança, neste tópico tentará encontrar-se uma possível relação entre a sua história de desenvolvimento, os fatores ambientais a que esteve sujeito, a perspetiva do cuidador em relação às dificuldades da criança e os resultados obtidos na avaliação formal.

De todas as áreas avaliadas no instrumento PEP-3, os “Problemas de Comportamento” parecem ser a área fraca da criança e a “Motricidade” a área forte. A generalidade dos resultados do Teste de Performance e as observações realizadas pela terapeuta parecem ser concordantes com os resultados do Formulário para o Cuidador preenchido pela mãe. Este fator denota que a cuidadora avalia de forma semelhante as dificuldades e capacidades do A., o que pode justificar e ter contribuído para o seu favorável desenvolvimento. Para além disto, outros dos fatores protetores englobam: as habilitações literárias dos pais, a regularidade de atividades realizadas em família e a sua história terapêutica, dado que desde os 3 anos a criança foi integrada em programas intensivos de intervenção terapêutica. A existência de uma irmã com idade próxima à sua pode, também, ter facilitado o seu desenvolvimento, assim como o fato de se encontrar no PIIP com uma frequência de 7 horas diárias, mais horas que as restantes crianças.

De forma a compreender a origem das dificuldades da criança, revela-se importante analisar as tarefas do instrumento de avaliação. Na prova da “Cognição Verbal/Pré-Verbal” relativa à cópia de um diamante, pareceu claro que a imperfeição no desenho da figura não foi devida a um défice na área que se pretendia avaliar, mas a dificuldades na motricidade fina, possivelmente devido à pega imatura do lápis. Assim, a motricidade fina, apesar de ter sido avaliada como uma subárea forte, parece ser uma área em que o A. apresenta dificuldades, principalmente ao nível do pintar dentro dos limites, na prensão do lápis e na cópia de figuras geométricas. A história de desenvolvimento da criança sugere a aquisição tardia de algumas competências na motricidade fina, o que pode contribuir para a compreensão destas dificuldades.

As dificuldades identificadas na leitura e compreensão de frases podem ser analisadas com base na idade e nível de escolaridade da criança, não sendo preocupante que aos 6 anos e no ensino pré-escolar a criança ainda não tenha adquirido estas habilidades. Na prova relativa à leitura de três palavras, da “Linguagem Expressiva”, na qual o A. obteve cotação total, foi perceptível que este leu as palavras a partir da sua letra inicial (“B de Bola, G de Gato, C de Cão”), sendo por isso questionada a veracidade da informação obtida nesta tarefa.

As dificuldades da criança na expressão verbal foram evidenciadas tanto pelo Teste de Performance como pelo Formulário para o Cuidador. A Anamnese do A. sugere a aquisição precoce de variadas competências comunicativas que posteriormente foram perdidas, o que pode estar na origem destas dificuldades.

A sociabilização foi indiciada como uma área de preocupação para a cuidadora, no entanto, no Teste de Performance revelou-se uma área forte. Esta contradição pode ser justificada pelo fato de a criança ter sido avaliado numa situação de um para um com um adulto, pelo que as dificuldades sociais podem surgir somente com os pares da mesma idade. As dificuldades na relação com os pares para além de brotarem das implicações do seu diagnóstico, podem ter advindo do facto de só em momento tardio (4 anos) a criança ter integrado uma turma de ensino regular, pelo programa frequentado.

4.1.4. Intervenção Terapêutica.

4.1.4.1. Planeamento da Intervenção.

As sessões terapêuticas com o A. decorreram com uma frequência semanal, o que fez um total de 12 sessões. Todas as sessões planeadas foram realizadas. Para

além da criança possuir um horário limitado no programa PIIP, a sua avaliação inicial evidenciou que esta não apresentava dificuldades de maior, o que levou a que se optasse pela frequência de sessões referida. As sessões foram realizadas todas as segundas feiras às 10 da manhã (ver anexo IX).

4.1.4.2. Modelo de Intervenção.

A intervenção apresentou uma maior componente instrumental, com recurso a atividades dinâmicas, jogos de cooperação, circuitos e a atividades grafomotoras e de expressão plástica. Dadas as características da criança, recorreu-se diversas vezes a momentos iniciais e finais de conversa com o adulto, de forma a recordar e recontar atividades anteriormente realizadas. As sessões terapêuticas possuíram uma maior incidência na expressão verbal, domínio em que a criança revelou maiores dificuldades. (ver anexo X).

4.1.4.3. Plano Terapêutico.

Após o período de avaliação foi estabelecido um plano terapêutico, onde se especifica os objetivos gerais, específicos e comportamentais a atingir (ver anexo XI). No entanto, no presente tópico apenas se irá apresentar os objetivos específicos.

Tabela 1 - Objetivos Específicos da Criança A.

Domínios	Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> · Melhorar a adaptação à novidade; · Reduzir comportamentos de oposição; · Diminuir os movimentos estereotipados de bater no peito e mesa;
	Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> · Melhorar a velocidade, entoação e articulação no discurso; · Aumentar a comunicação espontânea; · Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário; · Adquirir a compreensão e resposta a perguntas; · Melhorar a sintaxe verbal; · Aumentar o número de letras nomeadas;
	Leitura	<ul style="list-style-type: none"> · Iniciar a leitura e escrita de palavras pelo método fonológico;
	Cognição	<ul style="list-style-type: none"> · Compreender a noção de grupo; · Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva;
	Motricidade	<ul style="list-style-type: none"> · Melhorar a pega do lápis; · Pintar dentro dos limites; · Melhorar a cópia de figuras geométricas;

	Competências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentar a compreensão e cumprimento de regras de jogo; · Melhorar a cooperação em atividades sociais;
	Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> · Adquirir a noção do tipo de vestuário indicado para cada clima meteorológico.

4.1.4.4. Resultados.

No decorrer das sessões o comportamento do A., de uma forma geral, revelou-se positivo, dado que colaborou com a maioria das tarefas, sendo notória a sua evolução ao longo do processo de intervenção. Este manteve-se motivado e empenhado e não foi necessário recorrer a adaptações significativas nas tarefas e estratégias já planeadas, dado que as mesmas se encontravam ajustada ao seu nível de desenvolvimento e que a ajuda verbal era, na maioria das situações, suficiente (ver anexo XII).

Nos momentos em que a criança apresentou comportamentos de oposição ou recusou realizar algumas tarefas, as estratégias: ignorar e negociar com uma atividade da sua preferência, revelaram-se eficazes. Por sua vez, em períodos de maior desatenção ou desmotivação, a chamada de atenção verbal ou física (toque no queixo) possibilitou que a criança retomasse à atividade. Entre as atividades e em momentos em que o A. já revelava algum cansaço, foram sendo dados reforços (brinquedos da sua preferência) e foi possibilitada a brincadeira livre.

Foram variadas as evoluções da criança ao longo do processo de intervenção, tendo sido cumpridos a maioria dos objetivos propostos, i.e., 11 dos 16 objetivos estipulados no plano terapêutico. O A.: aumentou o seu repertório de palavras e frases, passando a descrever mais pormenorizadamente as situações pedidas; iniciou o processo de leitura; melhorou a atenção e memória auditiva; passou a cumprir regras de jogo; aumentou a comunicação espontânea; aumentou a tolerância à novidade; passou a associar a roupa a determinado clima meteorológico; melhorou a cópia de figuras geométricas e passou a pintar os desenhos dentro do limite. Assim, ocorreram melhorias em diferentes áreas do desenvolvimento, tais como a socialização, motricidade fina, leitura, linguagem e comunicação, cognição e autonomia.

Alguns dos objetivos propostos não foram cumpridos na totalidade (utilizar uma entoação, velocidade, sintaxe e articulação ajustadas à idade; pegar corretamente o lápis; cooperar em jogos sociais); apesar disto, mesmo nesses domínios, ocorreram algumas melhorias: o discurso da criança tornou-se mais perceptível, os momentos de cooperação com a terapeuta nas atividades tornaram-se mais frequentes e os

momentos de entreaajuda mais espontâneos. Ao nível da preensão do lápis, apesar do apoio do adaptador para lápis, o A. continuou a manifestar dificuldades, não tendo sido registadas melhorias a este nível.

4.1.5. Avaliação Final.

4.1.5.1. Teste de Performance.

Partindo da comparação das duas avaliações realizadas tornou-se perceptível que, à exceção da “LE” e das áreas que já possuíam inicialmente a cotação máxima (“MG”, “IVM” e “RS”), ocorreram melhorias em todas as áreas e subáreas do desenvolvimento. Assim, dos sete domínios avaliados em que era possível melhorar, seis melhoraram e um manteve a mesma percentagem.

Das três áreas avaliadas, foi nos “Comportamentos Desadaptativos” que ocorreu a evolução mais acentuada, particularmente no “CMC”. Assim, O A. reduziu maneirismos motores inapropriados e comportamentos desajustados face ao cheiro e degustação.

Apesar de não terem sido tão elevadas, também ocorreram melhorias em outros subdomínios: na “EA” o A. passou a expressar mais adequadamente determinadas emoções, como o medo, mesmo em tarefas de maior complexidade; no “CVC” a criança deixou de repetir sons ouvidos recentemente de forma interrupta; na “MF” o A. passou a pintar dentro dos limites; na “CV” a criança melhorou ao nível da cópia de figuras geométricas, na formação de grupos por categorização e na memorização e repetição de dígitos; “LR” a criança passou a responder a diferentes perguntas. Na “LE” mantiveram-se as dificuldades inicialmente identificadas.

A comparação de ambas avaliações indica que a “Motricidade” é, efetivamente, a área mais forte da criança e a “Linguagem Expressiva” o domínio em que apresenta maiores dificuldade.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

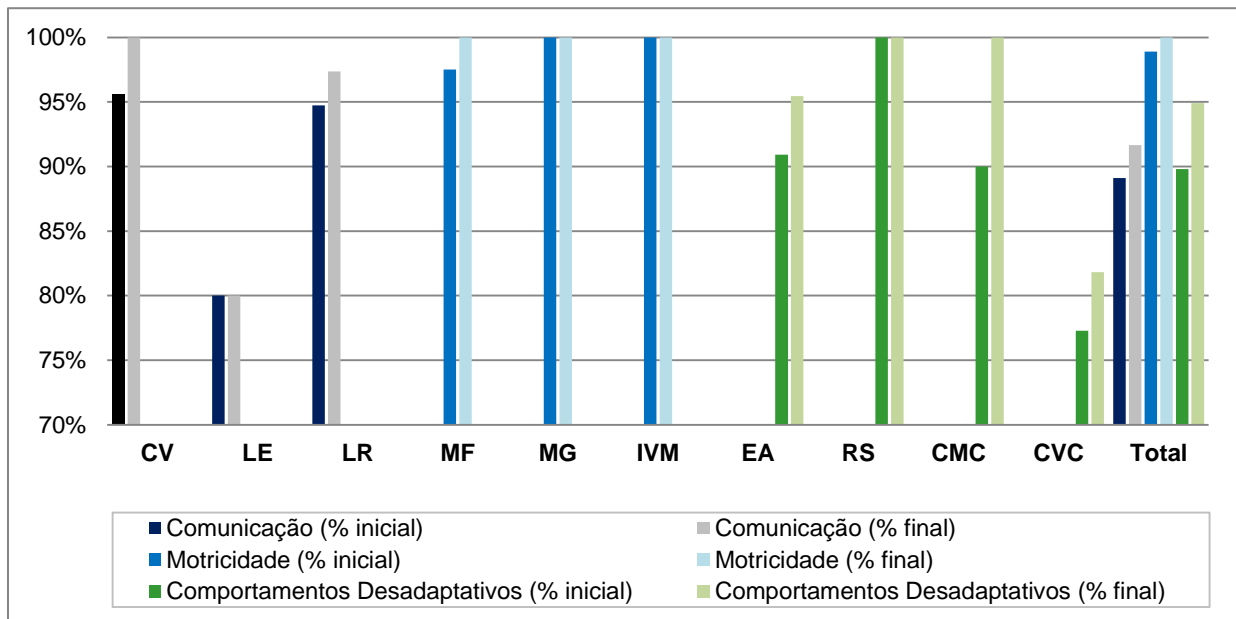


Figura 3 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Teste de Performance

Tabela 2 - Percentagens das Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Teste de Performance

Área	Subárea	% Inicial	% Final	% Inicial	% Final
Comunicação	CV – Cognição Verbal/Pré-Verbal	95,59%	100%	90,38%	91,67%
	LE – Linguagem Expressiva	80%	80%		
	LR – Linguagem Recetiva	94,74%	97,37%		
Motricidade	MF – Motricidade Fina	97,50%	100%	98,89%	100%
	MG – Motricidade Global	100%	100%		
	IVM – Imitação Visuo-motora	100%	100%		
Comportamentos Desadaptativos	EA – Expressão Afetiva	90,91%	95,45%	89,80%	94,90%
	RS – Reciprocidade Social	100%	100%		
	CMC – Comportamento Motor Caraterístico	90%	100%		
	CVC – Comportamento Verbal Caraterístico	77,27%	81,82%		

4.1.5.2. Formulário para o Cuidador.

A Criança A. melhorou ao nível dos “Problemas de Comportamento”, no entanto, passou a apresentar percentagens mais baixas nas restantes áreas, “Cuidado Pessoal” e “Comportamento Adaptativo”. De forma a compreender melhor o sucedido, importa analisar os itens que foram cotados de forma distinta nos dois momentos de avaliação (ver anexo XIV).

No que concerne aos “Problemas de Comportamento” a criança parece ter passado a interagir de forma mais espontânea com o outro para partilhar feitos e reduzir rituais específicos e repetidos e maneirismos motores desapropriados, já que passaram a ser itens tidos como não problemáticos no momento final de avaliação.

Na área “Cuidado Pessoal”, para além das dificuldades no tomar banho, vestir e escolher a roupa, que se mantiveram, tem-se que a atividade de levar os dentes passou a não ser realizada em autonomia.

No “Comportamento Adaptativo”, para além das dificuldades em: se envolver em atividades novas, se interessar pelo que ocorre à sua volta e reconhecer o comportamento adequado ao andar no passeio, que se mantiveram, a mãe considera que o A. passou a brincar de forma desajeitada, sofrendo lesões ocasionais.

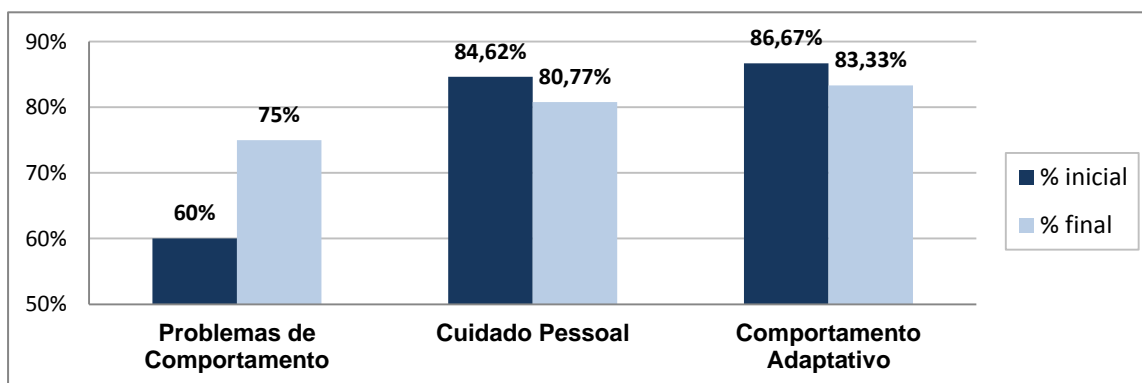


Figura 4 - Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança A. pelo Formulário para o cuidador

4.1.5.3. Observações Qualitativas.

A avaliação informal da criança evidenciou melhorias em variados aspetos, de onde se destacam os comportamentais e comunicativos. A motivação e empenho nas tarefas solicitadas tornaram-se mais evidentes na avaliação final e, para além disto, a criança deixou de manifestar comportamentos de recusa ou oposição. De igual forma,

o A. deixou de apresentar maneirismos motores e diminuiu a emissão de sons atípicos.

A nível comunicativo a sua espontaneidade aumentou, pelo que passou a manter uma conversa durante mais tempo e a utilizar uma maior variedade de verbos, adjetivos e pronomes.

4.1.6. Análise e Discussão do Caso.

De uma forma geral, a evolução da criança foi notória na maioria das áreas avaliadas.

As melhorias percecionadas através do “Formulário para o Cuidador” são, na maioria, concordantes com as verificadas no “Teste de Performance” e nas observações realizadas pela terapeuta. Assim, todas as avaliações referidas indicam que ocorreram melhorias no comportamento motor e na sociabilização. Concomitantemente, os resultados do Teste de Performance acrescentam aquisições nas áreas da comunicação, cognição, motricidade e comportamento verbal. Os ganhos conseguidos pela criança podem ter brotado do tipo de atividades e estratégias adotadas no decorrer da intervenção psicomotora, dado que se revelaram ajustadas. Paralelamente podem ter sido facilitados pelo tipo de estrutura familiar, dado que ao longo do processo foram variadas as vezes que os cuidadores demonstraram interesse e preocupação.

Ao nível do Teste de Performance apenas não se verificaram melhorias na área “LE”. As dificuldades na área referida centraram-se na leitura e compreensão de palavras e frases, na nomeação de letras e na sintaxe verbal. Dado a idade e nível escolar da criança, as dificuldades na leitura não são relevantes. Paralelamente, o não reconhecimento de todas as letras justifica-se pela presença da letra Y, letra não pertencente ao dicionário português. Os “CVC”, apesar das melhorias, mantiveram-se como uma área fraca. O número reduzido de sessões realizadas pode ter contribuído para a manutenção destas dificuldades.

No que respeita ao “Formulário para o Cuidador” verificou-se que os dados fornecidos na avaliação inicial não foram concordantes com os da avaliação final, o que levou a que se assinalasse um decréscimo da pontuação nas áreas “Cuidado Pessoal” e “Comportamento Adaptativo”. Esta divergência pode ser interpretada como, efetivamente, um acréscimo das dificuldades nas áreas referidas ou, por outro lado, por erro de preenchimento/avaliação destes itens.

Os ganhos conseguidos levaram à aquisição de competências em variados domínios do desenvolvimento, tais como a comunicação, a motricidade, o comportamento e a sociabilização. Estas habilidades revelam-se bastante importantes para o eficaz desenvolvimento do sujeito, sendo um contributo importante para o seu futuro e qualidade de vida.

4.1.7. Dificuldades e Limitações.

A criança A. revelou ser uma criança dócil e dedicada desde o início da investigação, pelo que não encontrei dificuldades de maior no estabelecimento de uma relação empática e no desenvolvimento de atividades para a mesma. Apesar disto, podem ser apontados alguns aspetos mais problemáticos.

Pelas dificuldades na expressão e compreensão verbal, por vezes as tarefas tinham de ser explicadas de novo com instruções mais simples ou com recurso à demonstração e gesticulação. Foram as atividades de cooperação e entreajuda as mais difíceis de realizar com criança, dado que tinha de integrar as mesmas e colocá-las ao nível da criança; no momento antecedente optei sempre por brincar no chão com a criança, de modo a facilitar os jogos que iam ser desenvolvidos posteriormente.

No que se refere às limitações do estudo, teria sido importante realizar algumas sessões em parilha ou grupo, de forma a fomentar a socialização com os pares da mesma idade. O número reduzido de sessões também foi um fator limitante que pode ter contribuído para que algumas dificuldades se mantivessem na criança.

4.2. ESTUDO DE CASO – CRIANÇA J.

4.2.1. Anamnese.

O J. tem 6 anos de idade e o seu agregado familiar é constituído pela mãe, pai e por duas irmãs, com 5 e 2 anos.

Os períodos pré, peri e pós natais decorreram sem problemas de maior. O diagnóstico de PEA surgiu aos 23 meses de idade. Durante 2 anos (entre 2010 e 2012) o J. tomou medicação com o princípio ativo de metilfenidato e frequentou sessões de Terapia Psicomotora e Terapia da Fala, com frequência de duas vezes por semana. No período referido a criança estava integrada num jardim-de-infância regular. A partir de Maio de 2011 frequentou o PIIP.

No que se refere ao seu desenvolvimento, parecem não ter ocorrido dificuldades tanto no controlo dos esfíncteres, como no sono e na alimentação. O desenvolvimento motor também foi típico na maioria das etapas. Em termos emocionais, o J. é descrito como sendo uma criança isolada, pois prefere brincar sozinho, ciumenta e competitiva com as irmãs. O cuidador não forneceu informações em relação ao desenvolvimento auditivo e verbal, social e visual.

4.2.2. Avaliação Inicial.

4.2.2.1. Teste de Performance.

Após a análise dos resultados obtidos pela Criança J. no Teste de Performance, torna-se claro que esta apresenta dificuldades nas diferentes áreas avaliadas pelo instrumento. À exceção das subáreas relativas à área “Motricidade”, todas as restantes subáreas apresentam percentagens abaixo dos 61%. Apesar disto, a maioria das dificuldades da Criança traduzem-se em capacidades emergentes (pontuação 1) (ver anexo XV).

A “Motricidade” é a área forte da criança, nomeadamente a “Motricidade Global”, onde somente as tarefas relativas ao apanhar uma bola e ao manter-se em apoio unipedal não foram conseguidas com total sucesso. Para além da “MG” também a “MF” é um subdomínio forte na criança.

Tanto os “Comportamentos Desadaptativos” como a “Comunicação” apresentam percentagens semelhantes e reduzidas, pelo que ambas parecem ser domínios fracos da criança. Nos “Comportamentos Desadaptativos”, as subáreas mais problemáticas parecem ser a “Reciprocidade Social”, o “Comportamento Motor Caraterístico” e o “Comportamento Verbal Caraterístico”, enquanto que na “Comunicação” o J. detém as suas maiores dificuldades na “Linguagem Expressiva”. Na “LE” e “CVC” a maioria das tarefas foi cotada com valor zero.

Sendo que a criança apresentou dificuldades em diferentes tarefas, importa indicar aquelas em que revelou dificuldades mais acrescidas, i.e., que não realizou (cotação 0). Na “RS” as dificuldades surgiram nos itens “usa imaginação brincando com os fantoches” e “põe os blocos na caixa, um de cada vez”. No “CMC” tem-se que a maioria dos comportamentos motores da criança se manifesta de forma inadequada e intensiva; o A. parece explorar os materiais com movimentos repetidos, apresenta comportamentos táteis desajustados, não realiza jogo simbólico e apresenta movimentos e maneirismos desadequados. Os resultados indicam, também, que

nenhum dos comportamentos verbais do J. é o esperado para a sua idade cronológica (nenhum foi cotado com valor 2). As principais dificuldades neste âmbito centram-se na adequabilidade do volume, da entoação e da articulação da fala, na utilização de uma quantidade de palavras ajustada à idade e na manutenção de uma conversa. Por fim, na “LE” as dificuldades mais notórias referem-se à: representação de histórias com fantoches, nomeação de tamanhos, produção de frases de 4 ou mais palavras, leitura de números e frases, contagem numérica até 10 e à utilização do plural e de pronomes.

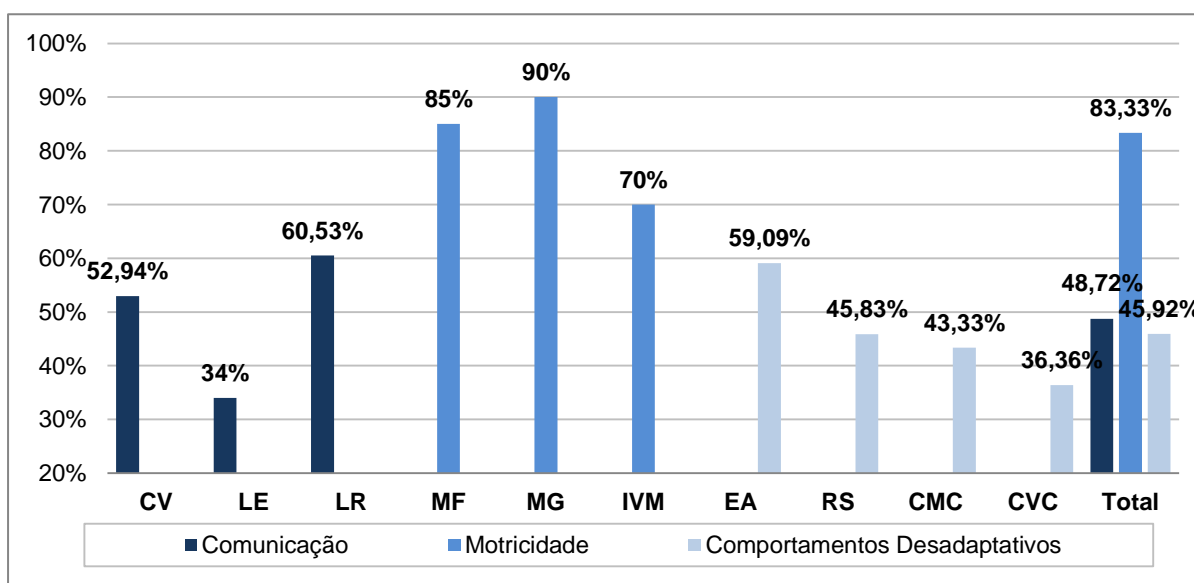


Figura 5 - Resultados da Avaliação Inicial da Criança J. pelo Teste de Performance

CV – Cognição Verbal/Préverbal; LE – Linguagem Expressiva; LR – Linguagem Recetiva; MF – Motricidade Fina; MG – Motricidade Global; IVM – Imitação Visuo-motora; EA – Expressão Afetiva; RS – Reciprocidade Social; CMC – Comportamento Motor Caraterístico; CVC – Comportamento Verbal Caraterístico

4.2.2.2. Formulário para o Cuidador.

De acordo com o “Formulário para o Cuidador”, preenchido pela mãe da criança, o “Cuidado Pessoal” parece ser a área forte do J., posto que a maioria das questões colocadas foram pontuadas em primeira linha. Assim, o A. é autónomo nas refeições, no despir da roupa e no sono; as dificuldades mais acentuadas surgem na lavagem dos dentes e na escolha da roupa (ver anexo XVI).

Os domínios mais fracos dizem respeito aos “Problemas de Comportamento” e ao “Comportamento Adaptativo”. Na primeira o cuidador considera que todas as competências questionadas são problemáticas, em grau severo ou moderado. Assim a linguagem, o contato ocular, os comportamentos motores e verbais, a sociabilização e

a expressão emocional parecem ser áreas de preocupação para a cuidadora. No “Comportamento Adaptativo” a maioria das competências foi pontuada em última linha. Posto isto, o J. parece não demonstrar interesse nos acontecimentos e pessoas, opta por brincar sozinho e de forma pouco imaginativa, tem comportamentos auto e hétero agressivos, apresenta movimentos peculiares e desconhece medidas de segurança ao andar no passeio.

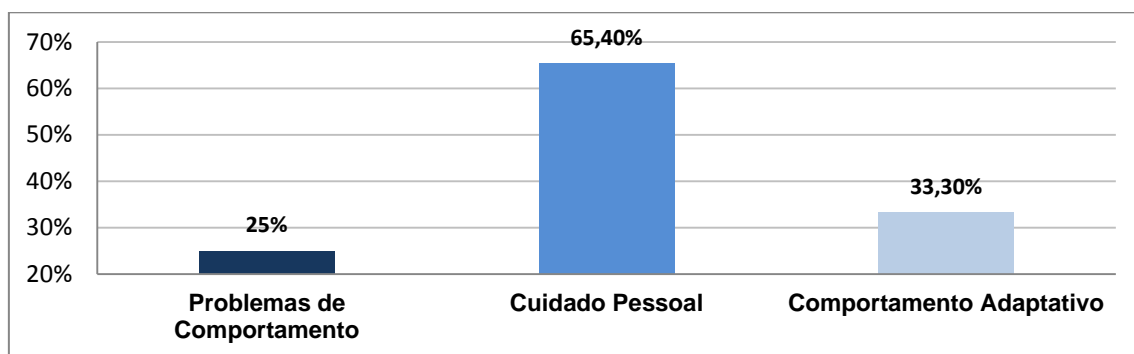


Figura 6 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança J. pelo Formulário para o Cuidador

4.2.2.3. Observações Qualitativas.

As observações qualitativas realizadas permitiram verificar, primeiramente, que o A. apresenta comportamentos de oposição marcados em relação à realização das tarefas solicitadas, pelo que tentou, ocasionalmente, levantar-se da mesa, derrubá-la e atirar os materiais de teste. Foi notória, também, alguma agitação psicomotora patente. O tempo de atenção e concentração nas tarefas pareceu ser reduzido, assim como a aceitação e cumprimento das atividades propostas. Para além disto, manifestou comportamentos disruptivos em relação aos materiais, tentado rasgar materiais e desfazer a plasticina. Assim, optei por realizar sessões de avaliação reduzidas e bastantes intervalos nas mesmas.

No decorrer dos períodos de brincadeira livre, tornou-se claro que a criança aprecia bastante a brincadeira de cócegas e saltar em cima de uma bola de *fitness* e no trampolim, material existente na sala de avaliação. Para além disto, a criança revelou bastante interesse na leitura e escrita com letras móveis, construindo espontaneamente pequenas palavras. No que se refere à exploração de material, a criança apresentou comportamentos repetitivos, nomeadamente rodar pequenos objetos. O J. emite de forma constante sons sem sentido e mantém algumas estereotípias, comportamentos que aumentam em períodos de oposição e frustração.

O J. utiliza o sistema alternativo de comunicação PECS para realizar os seus pedidos. Assim, coloca os ícones na barra de conversação, troca com o adulto e verbaliza o pedido quando apontado pelo adulto (e.g. Eu quero brincar bola).

4.2.3. Conceptualização do Caso.

A avaliação da criança permitiu perceber que esta possui bastantes dificuldades em diferentes áreas do desenvolvimento. O primeiro fator de risco associado a este fato prende-se com o grau da problemática; paralelamente, a frequência da criança num jardim-de-infância regular sem acompanhamento intensivo pode também ter contribuído para os resultados obtidos. A cuidadora não forneceu muitos dados acerca do desenvolvimento do J., o que pode denotar algumas dificuldades familiares em aceitar ou valorizar a problemática da criança.

Através da comparação dos resultados provenientes do “Teste de Performance” e do “Formulário para o Cuidador”, tem-se que a área mais fraca na criança são os “Problemas de Comportamento” e a área mais forte é “Motricidade Global”. A maioria das dificuldades indicadas pela mãe do J. estão de acordo com a avaliação formal realizada. Apesar disto, em alguns itens os resultados são díspares. A mãe considera que a criança realiza contato ocular regularmente, no entanto, pela observação realizada o J. apresenta défice no contato ocular; o cuidador afirma que a criança muda de atividade regularmente ao longo do dia, contudo, quando avaliada em momentos livres, a criança optou sempre pelo mesmo tipo de atividades (saltar na bola de fitness e realizar movimento repetidos com objetos de pequenas dimensões). Esta discordância de resultados pode, de algum modo, traduzir que a mãe não reconhece estas dificuldades ou não as avaliou devidamente. Outra das hipóteses que pode ser levantada é que o comportamento da criança é distinto em contexto familiar, podendo esta, efetivamente, explorar mais material, pelas oportunidades e materiais a que tem acesso, e manter o contato ocular, dada a relação afetiva com a família.

Análise do “Teste de Performance” permitiu compreender que na tarefa relativa ao desenho do corpo as dificuldades parecem estar relacionadas com a “MF” e não com a “CV”, dado que a criança conseguiu organizar corretamente as peças para formar um menino, pelo que a dificuldade se centra no desenho e não na noção corporal. De igual forma, a tarefa relativa à escrita do nome parece ter sido influenciada pelas dificuldades da criança na “MF”, já que esta escreve o seu nome com letras móveis. O mesmo ocorreu em relação aos itens referentes à cópia de figuras geométricas, de letras e ao moldar plasticina. Assim, a “CV” pode ser uma área influenciada pelas

dificuldades da criança na “MF”, esta última tida como área forte no Teste de Performance.

4.2.4. Intervenção Terapêutica.

4.2.4.1. Planeamento da Intervenção.

As sessões de intervenção com o J. decorreram com uma frequência bissemanal, o que fez um total de 19 sessões. Estariam planeadas 22 sessões, no entanto, a criança faltou a 3 das sessões. As sessões foram realizadas todas as segundas e quintas-feira às 11 e 10 da manhã, respetivamente (ver anexo IX).

4.2.4.2. Modelo de Intervenção.

A intervenção teve uma maior componente instrumental, com recurso a atividades lúdicas e dinâmicas, de grafomotricidade, de expressão motora e de expressão plástica.

A partir das características comportamentais evidenciadas pelo J., ao longo do processo de intervenção foi dada importância às atividades realizadas em mesa. O J. não se mantinha sentado a realizar atividades, pelo que todas as sessões incluíram esse tipo de dinâmicas, principalmente num momento inicial e intermédio de sessão. Para além disto, dada a agitação psicomotora da criança, foram sendo dados momentos de brincadeira livre pela sala com acesso a diversos materiais de expressão motora, como a bola de *fitness*, o trampolim e os patins. Os jogos e circuitos também estiveram sempre presentes, especialmente numa fase intermédia e final da sessão (ver anexo XVII).

4.2.4.3. Plano Terapêutico.

Após o período de avaliação foi estabelecido um plano terapêutico, onde se especifica os objetivos gerais, específicos e comportamentais a atingir (ver anexo XVIII). No entanto, no presente tópico apenas se irá apresentar os objetivos específicos.

Tabela 3 - Objetivos Específicos da Criança J.

Domínios	Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> · Reduzir comportamentos de oposição perante uma atividade nova ou exigente ao nível da atenção requerida; · Aumentar a utilização e manipulação adequada de brinquedos e materiais;
	Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> · Melhorar a comunicação espontânea; · Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário; · Verbalizar o seu nome próprio; · Adquirir a noção de tamanho; · Melhorar a identificação e nomeação de letras; · Maximizar a noção de número;
	Cognição	<ul style="list-style-type: none"> · Compreender a função dos objetos e mimar a mesma; · Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva;
	Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> · Maximizar a coordenação oculo manual para agarrar uma bola; · Melhorar o equilíbrio estático num só pé;
	Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> · Melhorar o grafismo; · Desenhar a figura humana; · Escrever o nome próprio; · Cortar papel com tesoura.

4.2.4.4. Resultados.

Após o período de intervenção foram notórias as variadas evoluções na Criança J., particularmente a nível comportamental. No início das sessões a criança não se mantinha sentada, recusava-se a obedecer às ordens e instruções, tentava ir buscar os materiais do seu interesse em momentos inapropriados e em momentos de maior frustração destruía alguns materiais de intervenção. Sempre que as sessões ocorreriam à segunda-feira, a criança apresentava momentos de oposição mais marcados. Posto isto, foram tomadas diversas estratégias, tais como: contrariar os seus comportamentos, ignorar momentos de provocação, reforçar positivamente em termos verbais e materiais os momentos de comportamento adequado, deixar brincar livremente quando obtido sucesso nas tarefas, brincar e interagir de forma positiva com a criança, fomentar a relação terapêutica. Todas estas estratégias possibilitaram que a criança fosse adquirindo um comportamento mais ajustado ao contexto, o que pode ter fomentado a sua aprendizagem (ver anexo XIX).

Ao longo do processo de intervenção tornou-se claro que a criança apresentou um tempo de concentração bastante reduzido, o que contribuía para que, variadas vezes,

selecionasse uma resposta aleatoriamente. Posto isto, era necessário dirigir a atenção da criança para o que era pedido, chamando-a verbalmente ou pelo toque. Os défices na atenção e concentração da criança levaram a que se optasse por sessões com um menor número de atividades (3 a 4). Quando as atividades eram de caráter mais lúdico, i.e., em forma de jogo ou circuito, a performance da criança melhorava, mostrando-se esta mais atenta e motivada para a aprendizagem. Assim, este tipo de atividades foi valorizado.

Dos 19 objetivos propostos para a criança, 5 foram cumpridos na totalidade. Assim, este diminuiu significativamente os comportamentos disruptivos e de oposição perante uma tarefa ou mudança de atividade, passou a verbalizar o seu nome sempre que questionado, a contar um conjunto de 10 objetos ordenados, a agarrar uma bola lançada e a recortar uma folha. Nos restantes domínios de intervenção, apesar dos objetivos não terem sido atingidos no seu todo, também ocorreram melhorias. Consequentemente, a criança passou a explorar de forma mais adequadas os materiais, realizando menos estereotipias com os mesmos, a explorar livros sem tentar retirar as suas páginas, a realizar pedidos verbais espontâneos de forma mais recorrente (com o auxílio do PECS), a identificar e nomear uma maior quantidade de imagens e objetos, assim como a descrever algumas ações com frases de 3 ou 4 palavras. Concomitantemente foram registadas, também, melhorias na distinção de tamanhos (separação de objetos e imagens por tamanhos), na identificação e nomeação de letras e números, na reprodução de números e frases ditas, no equilíbrio unipedal (durante 2 segundos), no grafismos de formas (realização de círculos) e na escrita do seu nome (realização autónoma da letra E).

4.2.5. Avaliação Final.

4.2.5.1. Teste de Performance.

A análise das avaliações Inicial e Final evidencia que, de uma forma geral, o J. melhorou em todos os domínios do desenvolvimento, sendo que a maioria dos itens passou a ser qualificada como “emergente” ao invés de “não realizado” (ver anexo XX).

Tanto na “Comunicação” como nos “Comportamentos Desadaptativos” a melhoria foi significativa e superior à registada na “Motricidade”. No que concerne às subáreas, as melhorias mais evidentes ocorreram na “LR” e no “CMC”. Na primeira as tarefas relativas ao nomear tamanhos e ao identificar 9 letras passaram a ser qualificadas

como emergentes; a criança passou, também, a parar a atividade de forma consistente quando chamado pelo nome ou quando lhe era indicado que parasse. No “CMC” foram evidentes melhorias na exploração de materiais, que se tornou mais ajustada.

Para além das áreas já referidas, na “Linguagem Expressiva” o J. passou a contar em voz alta até dez e a pronunciar o seu nome próprio quando questionado; concomitantemente as competências relativas ao: representar uma história com fantoches, nomear tamanhos, produzir frases de 4/5 palavras e ao ler os números de 1 a 10 passaram a ser classificadas como “emergentes”. Na “Motricidade Fina” o J. conseguiu cortar com a tesoura e juntar 4 peças de puzzle; também melhorou na coordenação dos movimentos labiais, tentando soprar para realizar bolas de sabão. Seguidamente, na subárea “Motricidade Global” a criança passou a conseguir apanhar uma bola. Na “IVM” o J. já imitou ações do dia-a-dia com fantoches, cantou com satisfação os parabéns e a realizou rolos com a plasticina.

Na “Expressividade Afetiva” ocorreram melhorias ao nível da expressividade corporal para demonstrar sentimentos, no nível de medo e no grau de atenção demonstrado nas tarefas. Por sua vez, na “RS” a criança passou a iniciar interações sociais, a cooperar com os pedidos do examinador e a dar a vez ao outro, mesmo que de forma emergente. Por fim, no “CVC” a repetição inapropriada de frases ou palavras passou a ser menos frequente e a entoação, velocidade e volume da fala passaram a ser mais adequadas.

A área “Motricidade” e respetivas subáreas mantiveram-se como os domínios fortes e a “LE” e “CVC” como áreas fracas.

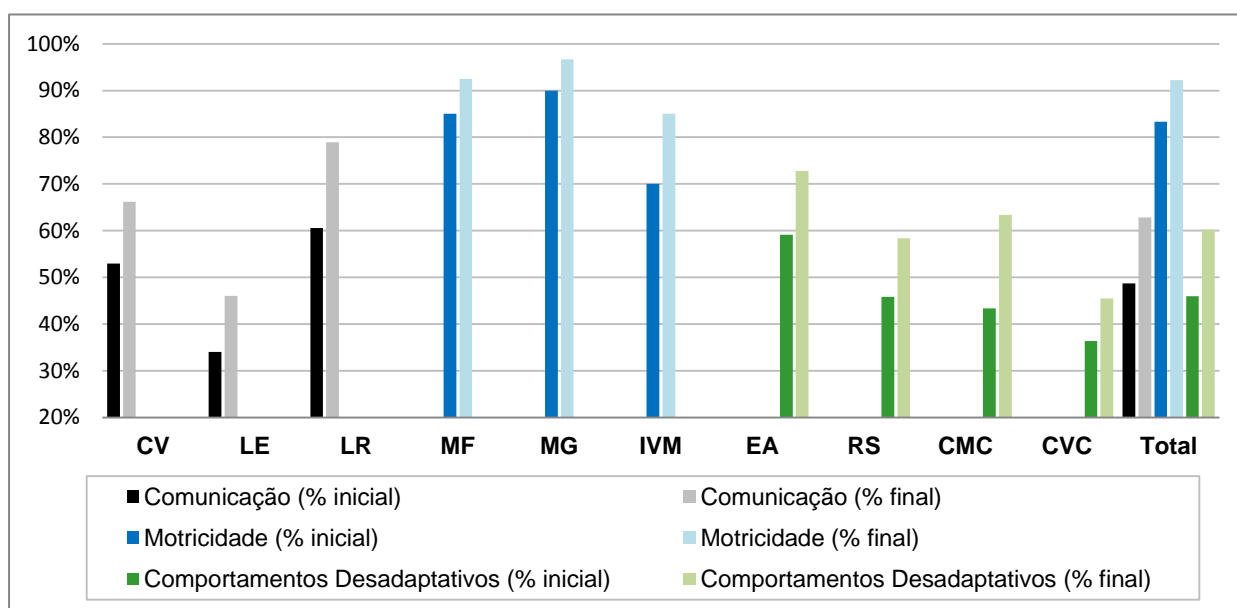


Figura 7 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Teste de Performance

Tabela 4 - Percentagens das Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Teste de Performance

Área	Subárea	% Inicial	% Final	% Inicial	% Final
Comunicação	CV – Cognição Verbal/Pré-Verbal	52,94%	61,18%	48,72%	62,82%
	LE – Linguagem Expressiva	34%	46%		
	LR – Linguagem Recetiva	60,53%	78,95%		
Motricidade	MF – Motricidade Fina	85%	92,50%	83,33%	92,22%
	MG – Motricidade Global	90%	96,67%		
	IVM – Imitação Visuo-motora	70%	85%		
Comportamentos Desadaptativos	EA – Expressão Afetiva	59,09%	72,73%	45,92%	60,20%
	RS – Reciprocidade Social	45,83%	58,33%		
	CMC – Comportamento Motor Caraterístico	43,33%	63,33%		
	CVC – Comportamento Verbal Caraterístico	36,36%	45,45%		

4.2.5.2. Formulário para o Cuidador.

Os resultados indicam disparidade de resultados nos dois momentos de avaliação, dado que tanto nos “Problemas de Comportamento” como no “Cuidado Pessoal” as percentagens obtidas na avaliação final foram inferiores às da avaliação inicial. Apesar disto, na “CA” a performance da criança melhorou (ver anexo XXI).

Na primeira, “PC”, as diferenças registaram-se ao nível dos itens 7 e 8, respeitantes à partilha de momentos e chamada de atenção do outro e à utilização de uma linguagem repetitiva ou peculiar, avaliados primeiramente como um problema ligeiro ou moderado e na avaliação final como problemas severos. No “CP” a cuidadora indicou que a criança deixou de comer adequadamente com os dois talheres, passando a comer apenas com um; a criança deixou, também, de tentar lavar-se no banho.

No “CA” o J. passou: a responder de forma frequente e positiva um abraço de um familiar, a mostrar mais interesse nas atividades ocorridas em seu redor, a jogar de forma imaginativa com os brinquedos, a ser mais cuidadoso nas brincadeiras, a demonstrar orgulho nas suas conquistas e passou a realizar menos maneirismos motores. Ainda na área “CA” a cuidadora assinalou dificuldades acrescidas em competências não assinaladas no momento inicial, tais como, na alternância de

atividades ao longo do dia (passou de uma mudança regular à repetição exaustiva da mesma atividade) e no contato ocular (passou de regular a ocasional).

Os “PC” mantiveram-se como a área fraca da criança e o “CP” como a área forte.

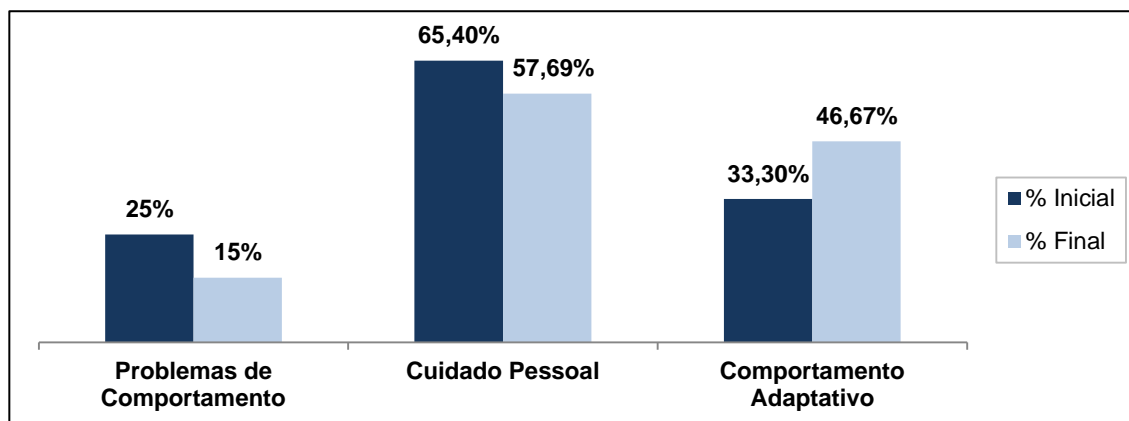


Figura 8 – Resultados comparativos entre as Avaliações Inicial e Final da Criança J. pelo Formulário para o cuidador

4.2.5.3. Observações Qualitativas.

As observações qualitativas permitiram constatar que a Criança J. melhorou em vários aspetos, mais concretamente, nos comportamentais e comunicativos. Os comportamentos opostos e disruptivos, as estereotipias motoras e a exploração disfuncional dos objetos diminuíram. Para além disto o J. passou a utilizar a expressão verbal de forma mais recorrente para aceder aos seus desejos.

A tolerância à mudança de atividades, à alteração da rotina e à negação das suas vontades aumentou, o que levou à diminuição de respostas auto e hétero agressivas. Outra das melhorias observadas prendeu-se com a manutenção J. na mesa por longos períodos de tempo, algo que não acontecia inicialmente; a agitação psicomotora da criança também foi reduzida. Para além disto, o J. passou a chamar a atenção da técnica mais frequentemente, sorrindo para a mesma, e passou a explorar outros materiais da sala, como o skate, bolas, bastões e blocos.

4.2.6. Análise e Discussão do Caso.

Partindo da análise do percurso da criança, tem-se que a sua evolução foi clara na maioria das áreas do desenvolvimento.

Algumas das evoluções registadas foram concordantes entre as várias avaliações, nomeadamente, na exploração adequada do material, no cuidado com os materiais ao brincar e na iniciativa social, o que determina melhorias no comportamento motor e na sociabilização. Para além disto, o Teste de Performance evidencia melhorias na comunicação, cognição, motricidade, expressão afetiva e comportamento verbal.

A análise da avaliação pelo “Teste de Performance” permitiu entender que em todas as áreas e subáreas a performance melhorou, com especial enfoque para as áreas da “Comunicação” e “Comportamentos Desadaptativos”. A “Motricidade” foi tomada como a área forte da criança na avaliação inicial, tendo percentagens mais elevadas em relação as restantes, o que justifica que as evoluções não tenham sido tão acentuadas. O tipo de intervenção pode ter sido um fator facilitador da aprendizagem, posto que o J. apresentou níveis superiores de motivação e empenho em atividades de cariz mais lúdico e dinâmico. Paralelamente, a incidência da intervenção no comportamento da criança facilitou a aquisição de diversas competências.

Apesar das evoluções, a criança continuou a manifestar dificuldades acrescidas. Alguns fatores dos fatores que podem ter contribuído para o fato referido englobam: o grau da problemática, a assiduidade da criança, posto que faltou a 3 sessões de intervenção, e a extensão do Plano Terapêutico, tendo-se revelado ambicioso.

No que respeita ao Formulário para o Cuidador, a discordância entre algumas respostas dadas no momento inicial e final de avaliação pode dever-se, efetivamente ao um decréscimo das habilidades da criança nos domínios referidos ou, por outro lado, a um erro no preenchimento/avaliação das respostas por parte da cuidadora. Por comparação à avaliação pelo Teste de Performance e à observação qualitativa, tem-se que última avaliação da cuidadora parece aproximar-se mais à realizada pela avaliadora. Assim, a mãe parece ter aumentado o seu nível de compreensão e consciência em relação à problemática e às dificuldades da criança. Este último dado também pode ter contribuído para as evoluções registadas.

4.2.7. Dificuldades e Limitações.

A maior dificuldade encontrada na realização do estudo de caso prendeu-se com a gestão do comportamento da criança. Os comportamentos disruptivos e de oposição dificultaram, por vezes, o processo de avaliação e de intervenção. Outras das dificuldades diz respeito ao défice de atenção evidenciado pelo J. sendo que, por vezes, se tornava difícil direcionar a sua atenção para o que era pedido. No que se

refere à criança, foi ainda complexo encontrar reforços distintos do seu agrado e atividades funcionais prazerosas.

Dadas as características da criança, teria sido importante realizar sessões com uma estrutura mais definida e construir um quadro de tarefas, no entanto, devido ao fato da criança já se encontrar previamente no local de intervenção, essa opção não faria sentido.

4.3. ESTUDO DE CASO – CRIANÇA R.

4.3.1. Anamnese.

O R. é uma criança do género masculino com 7 anos de idade. Os pais encontram-se divorciados, pelo que a criança tanto habita com o pai como com a mãe, sem frequência regular, dada a profissão da mãe (assistente de bordo). A criança tem uma meia-irmã com 5 meses de idade, que adveio do segundo casamento do pai. Os cuidadores não apresentam uma relação próxima, pelo que foi aplicado um questionário da História de Vida da Criança a cada um.

Ambos os cuidadores indicam que o R. foi uma criança planeada e que não ocorreram problemas significativos na gravidez, parto e no período pós natal. No que concerne à história terapêutica da criança, pai e mãe apresentam algumas informações discordantes. A mãe indica que o diagnóstico foi determinado em 2008, quando a criança tinha 3 anos; já o pai refere que o diagnóstico de PEA surgiu aos 2 anos de idade, em 2007.

Após o estabelecimento do diagnóstico o R. frequentou Terapia da Fala, Terapia Psicomotora (3 vezes por semana) e Equitação Terapêutica (1 vez por semana), período no qual frequentava uma creche regular; posteriormente foi sujeito a terapia ABA com uma frequência de 5 horas diárias. Com 5 anos de idade ingressou no PIIP.

No que toca ao desenvolvimento, o controlo dos esfíncteres foi adquirido um pouco mais tarde do que o esperado, no entanto, não ocorrem problemas ao nível do sono e alimentação. De uma forma geral o seu desenvolvimento motor, auditivo e verbal, social e visual decorreu segundo o esperado até aos 18 meses, idade a partir da qual se registaram algumas regressões. A nível emocional ambos os cuidadores consideram que o R. é carinhoso em relação aos familiares, toma iniciativa para brincar, tem atitudes de competição em relação a outras crianças e que prefere brincar sozinho. O pai indica, ainda, que a criança se relaciona bem com a meia-irmã.

4.3.2. Avaliação Inicial.

4.3.2.1. Teste de Performance.

De uma forma geral a criança apresenta bons resultados na avaliação, dado que os valores das três áreas avaliadas são superiores a 60%. Contudo, ao analisar a percentagem relativa às subáreas, torna-se perceptível que a criança apresenta resultados bastante variáveis, com valores que vão desde 40 a 100%. Assim, o R. parece ter um perfil de desenvolvimento caracterizado por claras áreas fortes e fracas. A grande maioria das tarefas que não foram cotadas na totalidade obtiveram pontuação 1 (ver anexo XXII).

A área forte da criança é a “Motricidade”. Nesta a criança realizou com sucesso todos itens relativos à “MG”; na “MF” apenas não completou uma das tarefas e na “IMV” não completa duas das tarefas. Para além destas, outra das subáreas fortes de R. é a “Expressão Afetiva” e a “Cognição Verbal/Pré-verbal”. Assim, o R. parece ter boas capacidades motoras e cognitivas e as suas respostas afetivas são adequadas.

As áreas “Comunicação” e “Comportamentos Desadaptativos” apresentam percentagens muito semelhantes, não sendo possível determinar uma área fraca. Ao analisar as subáreas, a “LE” e o “CVC” surgem como os domínios menos fortes. Para além das competências relativas à leitura, que a criança ainda não possui, esta revelou dificuldades: na nomeação de formas geométricas, de tamanhos, de letras, de números, de cores, de objetos e de imagens, na contagem até 10 e na verbalização seu nome e género. O R. repetiu, ocasionalmente, alguns sons e palavras, produziu algumas palavras sem sentido, demonstrou alguma inadequabilidade na entoação e articulação da fala e dificuldades em manter uma conversa ou expressar espontaneamente os seus desejos.

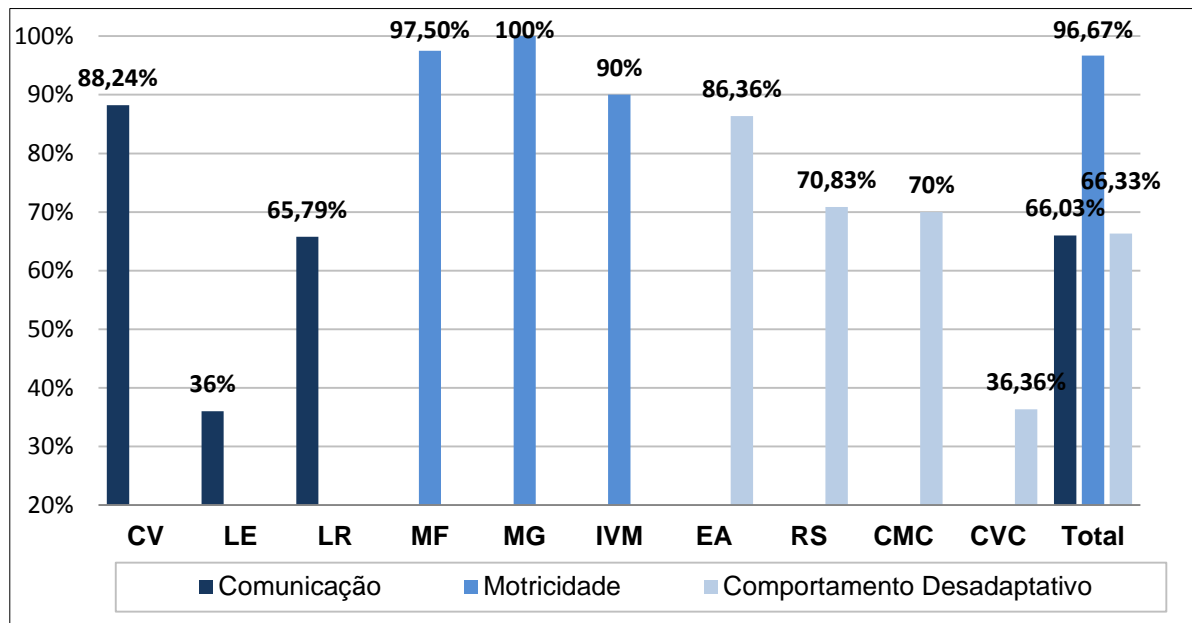


Figura 9 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance

CV – Cognição Verbal/Préverbal; LE – Linguagem Expressiva; LR – Linguagem Recetiva; MF – Motricidade Fina; MG – Motricidade Global; IVM – Imitação Visuo-motora; EA – Expressão Afetiva; RS – Reciprocidade Social; CMC – Comportamento Motor Caraterístico; CVC – Comportamento Verbal Caraterístico

4.3.2.2. Formulário para o Cuidador.

Tal como em relação ao Questionário da História de Vida da Criança, foi aplicado um Formulário para o Cuidador a cada progenitor (ver anexo XXIII e XXIV).

Após a análise das informações facultadas, torna-se perceptível que, de uma forma geral, os resultados são consistentes entre os dois cuidadores. Ambos consideram que a área “Problemas de Comportamento” é a mais preocupante e que as áreas “Cuidado Pessoal” e “Comportamento Adaptativo” têm ambas resultados favoráveis.

Nos “PC” o pai considera um maior número de itens problemáticos, comparativamente com a mãe. Ambos consideram que a fala e a formação de amizades são problemas severos, no entanto, para além disto o pai considera que o R. utiliza uma linguagem repetitiva ou peculiar e que não se envolve nem partilha feitos espontaneamente com o outro.

No “CP” ambos os cuidadores concordam que o R. apenas necessita de ajuda para lavar os dentes e para seleccionar a roupa correta; a mãe acrescenta que também necessita de ajuda para tomar banho.

No “CA” ambos consideram que o orgulho demonstrado pela criança nas suas habilidades é limitado e que a jogo simbólico é ocasional. Para além disto, o pai

acrescenta que o R. hesita antes de se envolver em novas atividades e a mãe indica que a criança está ocasionalmente ausente em relação ao que a rodeia.

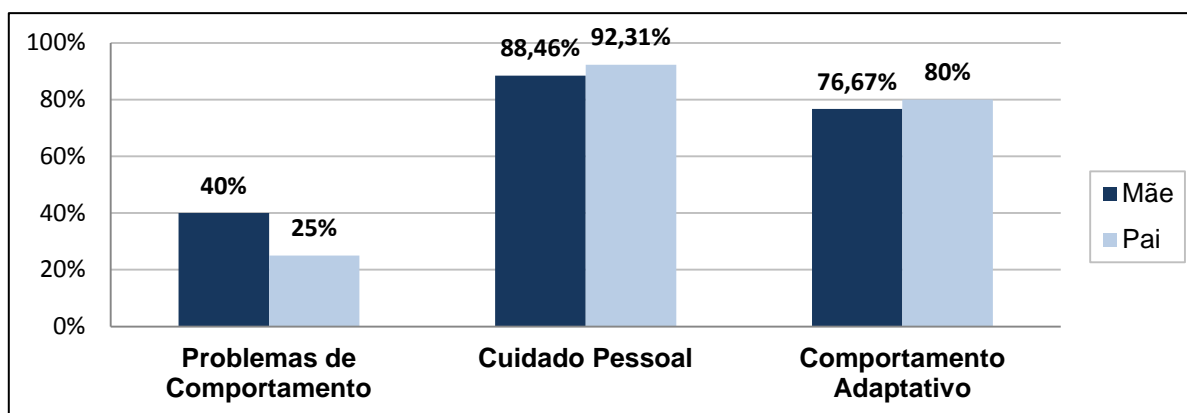


Figura 10 – Resultados da Avaliação Inicial da Criança R. pelo Formulário para o cuidador

4.3.2.3. Observações Qualitativas.

No decorrer da aplicação do Teste de Performance o R. mostrou-se cooperante e motivado na realização das tarefas solicitadas, mantendo-se sentado e concentrado nas atividades. No entanto, quando o R. realizava pedidos espontâneos, quer verbais quer através de apontar, e lhe eram negado, chorava, o que denota baixa tolerância a uma oposição. Para além disto, por vezes a criança começava a rir sem motivo aparente, mantendo este comportamento durante algum tempo. Esta expressão contrastante evidenciada pela criança, que facilmente ria ou chorava compulsivamente, demonstra alguma instabilidade emocional.

A criança revelou especial interesse por objetos com som (e.g. apito ou campainha), por bolas e pelo trampolim. Assim, em momentos de brincadeira livre a criança optou por esses materiais, realizando algumas atividades distintas com os mesmos (e.g. mandar a bola, rolar em cima da bola, saltar no trampolim, deitar-se no trampolim). Para além destes, também demonstrou interesse por materiais de pintura, principalmente canetas e tintas, pelo que, sempre que lhe eram solicitadas tarefas de expressão plástica e de escrita se mostrou entusiasmado, revelando boas capacidades gráficas ao nível da cópia de figuras geométricas e de letras. Em termos comportamentais, o R. apresenta algumas estereotipias verbais e gestuais, mas que não ocorrem de forma muito frequente.

O R. demonstrou, também, ser uma criança interativa e sociável, dado que olha e interage com o outro, mesmo que de forma não-verbal. Apesar disto, revelou algumas dificuldades na linguagem recetiva já que, por vezes, a instrução para a atividade tinha

de ser repetida várias vezes; na prova relativa ao escrever o seu nome próprio, a criança começou por copiar as linhas que já estavam previamente escritas e, só após a avaliadora intervir, parar a sua atividade e reforçar a instrução a realizou. O mesmo se sucedeu para a prova da cópia de figuras e no desenho do menino. Esta dificuldade do R. influenciou outras atividades, já que, muitas vezes o R. não compreendia o que era para realizar, sendo necessário demonstração.

Perante desafios ou tarefas com um grau de dificuldade mais elevado, por vezes, a criança demonstrou alguma frustração, falta de motivação e um maior grau de desatenção, em comparação com tarefas com um grau menor de dificuldade.

O R. utiliza o sistema alternativo de comunicação PECS na formulação de pedidos espontâneos, servindo-se no mesmo para estruturar o seu discurso. Assim, coloca autonomamente os ícones na barra de conversação, entrega-a ao adulto e verbaliza o pedido mediante o apontar do adulto. Alguns pedidos mais comuns são realizados sem o auxílio deste sistema.

4.3.3. Conceptualização do Caso.

De acordo com as informações fornecidas a criança foi sujeita a intervenção terapêutica desde idade precoce, o que possivelmente é um fator protetor que pode explicar as suas áreas fortes, ou seja, a motricidade global e fina, imitação visuomotor, expressão afetiva e cuidado pessoal, tal como seu comportamento favorável em termos de comportamento, ao nível do cumprimento de ordens e empenho nas tarefas. As informações prestadas pelos cuidadores são concordantes, na sua grande maioria, entre si e com as avaliação realizada pela avaliadora. Posto isto, ambos os cuidadores parecem cientes das dificuldades do R., o que também se revela um fator protetor.

No entanto, apesar da “Expressão Afetiva” ser considerada um domínio forte, em algumas situações a criança evidenciou alguma instabilidade emocional. Assim, este fato pode ser justificado pela sua história familiar. O não estabelecimento de uma rotina fixa no que concerne ao local onde habita e ao tempo passado com a mãe e pai, a vivência do divórcio e separação dos pais, tal como a possível relação conflituosa e a falta de comunicação entre os dois cuidadores podem estar na origem destas dificuldades. Para além disto, sendo que cada progenitor passa pouco tempo com a criança, é possível que tenham dificuldade em impor alguns limites e em recusar pedidos, o que poderá levar a comportamentos desajustados perante uma oposição. As dificuldades de comunicação da criança podem ser explicadas pelos fatores

anteriormente apresentados, contudo, podem também ser devidos ao grau intrínseco da problemática.

Na prova relativa ao selecionar objetos pelo toque, a criança apenas não selecionou corretamente um dos objetos, o bloco, por não compreender verbalmente o objeto que estava a ser pedido, o que denota que as suas dificuldades na compreensão verbal influenciaram a prova relativa à “CV”.

4.3.4. Intervenção Terapêutica.

4.3.4.1. Planeamento da Intervenção.

As sessões terapêuticas com o R. decorreram com uma frequência bissemanal. No entanto, a criança faltou várias vezes (12 sessões), pelo que só foram realizadas 11 sessões de intervenção. As sessões realizaram-se às terças e quintas no horário das 10h e 11h, respetivamente (ver anexo IX).

4.3.4.2. Modelo de Intervenção.

A intervenção com o R. tomou por base alguns princípios da Terapia Psicomotora Instrumental, tendo sido realizadas diversas dinâmicas de exploração do espaço e dos objetos, com um objetivo definido. Assim, foram realizadas atividades de expressão motora, expressão plástica, grafomotricidade e atividades lúdicas. Pela motivação da criança para a expressão plástica, todas as sessões possuíam momentos de trabalho de mesa com recurso a materiais de pintura e escrita (ver anexo XXV).

Para além disto foram sendo dados momentos de exploração livre pela sala com acesso a diversos materiais de expressão motora e foram realizados jogos e circuitos. As atividades de cariz mais livre e dinâmico foram realizadas, preferencialmente, numa fase final da sessão.

4.3.4.3. Plano Terapêutico.

Após o período de avaliação foi estabelecido um plano terapêutico, onde se especifica os objetivos gerais, específicos e comportamentais a atingir (ver anexo XXVI). No entanto, no presente tópico apenas se irá apresentar os objetivos específicos.

Tabela 5- Objetivos Específicos da Criança R.

Domínios	Comportamento	· Aumentar a utilização e manipulação adequada de brinquedos e materiais;
	Comunicação e Linguagem	· Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário; · Melhorar a comunicação espontânea; · Verbalizar o seu nome próprio; · Verbalizar o seu género; · Adquirir a noção de tamanho, cor e forma geométrica; · Melhorar a identificação e nomeação de letras; · Maximizar a noção de número;
	Competências Sociais	· Melhorar a cooperação em atividades sociais;
	Cognição	· Compreender a função dos objetos e mimar a mesma; · Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva;

4.3.4.4. Resultados.

Após o período de intervenção foram visíveis melhorias em vários domínios do desenvolvimento. Num primeira instância, as dificuldades emocionais foram sendo menos notórias, pelo que a criança manteve uma expressão emocional mais constante de sessão para sessão. Em períodos de maior frustração a terapeuta não intervinha, dando tempo para que o R. se acalmasse; quando este reagia adequadamente eram dados reforços verbais e materiais. Assim, as referidas estratégias levaram a que o R. compreendesse qual o comportamento ajustado a adotar e que agisse de acordo com o mesmo. Tarefas em que revelava dificuldades ou que não eram do seu agrado passaram a ser aceites e toleradas pela criança, assim como os momentos em que o reforço era retirado (ver anexo XXVII).

Para além disso, a linguagem recetiva verbal melhorou, o que levou a que a criança passasse a compreender um maior número de instruções sem que fosse necessário repetir ou exemplificar as mesmas. Inicialmente as instruções foram sendo acompanhadas de ajuda visual, como demonstração ou acompanhamento da instrução com objetos. Progressivamente foi sendo retirada a ajuda visual, levando a que o R. se centrasse mais na informação verbal e a compreendesse. O nível de concentração nas tarefas também aumentou, pelo que passaram a ser mais raros momentos de dispersão na realização de atividades.

As várias estratégias planeadas e adotadas ao longo do processo interventivo foram eficazes. Assim, em momentos de maior desmotivação, a brincadeira livre possibilitou que a criança retornasse à atividade com mais empenho; sempre que ocorriam momentos de dispersão na atividade iam sendo contornados através da chamada de atenção da criança, com toque na cabeça ou chamamento verbal; as várias sessões possuíam atividades de expressão plástica associadas a outros domínios, o que fomentou a aprendizagem das mesmas.

Partindo dos objetivos propostos, dos 16 objetivos comportamentais estipulados 4 foram atingidos na totalidade. Assim, o R. passou a verbalizar seu nome quando questionado, a contar até 10 sem omitir nenhum número, a brincar de forma imaginativa com 4 objetos sem realizar estereotípias com os mesmos e a pintar dentro dos limites figuras pequenas. Apesar de somente os objetivos referidos terem sido atingidos, ocorreram melhorias em muitos dos objetivos estabelecidos. Assim, o R. passou a identificar e nomear um maior número de objetos/imagens e de ações, a descrever algumas imagens, a formular um maior número de pedidos verbais espontâneos (com auxílio do PECS), a mimar a função de determinados objetos e a memorizar algumas frases.

4.3.5. Avaliação Final.

4.3.5.1. Teste de Performance.

Tendo por base a figura que compara as percentagens nos dois momentos de avaliação, torna-se claro que ocorreram melhorias na maioria dos domínios de desenvolvimento avaliados, mas especificamente em 7 das 10 subáreas. As evoluções mais significativas ocorreram nos “Comportamentos Desadaptativos”, nomeadamente nas subáreas “CMC” e “CVC”. Na primeira a criança melhorou em atividades como: brincar com um atacador adequadamente, ouvir adequadamente o examinador e alternar tarefas com facilidade. Na “CVC” as evoluções registaram-se na repetição inapropriada de frases e palavras ouvidas recentemente ou de uma forma interrupta, que diminuíram, tal como na entoação, velocidade e volume da fala.

Na “RS” aumentaram competências ao nível do olhar para a examinadora quando interpelado e na cooperação com os pedidos no examinador. Na “EA”, o R. passou a expressar de forma mais adequada as emoções (ver anexo XXVIII).

Na “Motricidade” apenas se registou uma melhoria ao nível da coloração dentro dos limites.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Por fim, na área “Comunicação”, apesar das melhorias não terem sido as mais notórias, torna-se importante salientar aquelas em que ocorreram evoluções. Na “CV” ocorreram evoluções ao nível da memória auditiva (repetição de 3 dígitos e repetição de frases de 3/4 palavras) e na “LR” melhorou na identificação de tamanhos (pequeno/grande) e de letras.

A “Motricidade” parece ser, efetivamente, as áreas fortes da criança, enquanto a “Linguagem Expressiva” e o “Comportamento Verbal Caraterístico” se mantiveram-se como os domínios mais preocupantes.

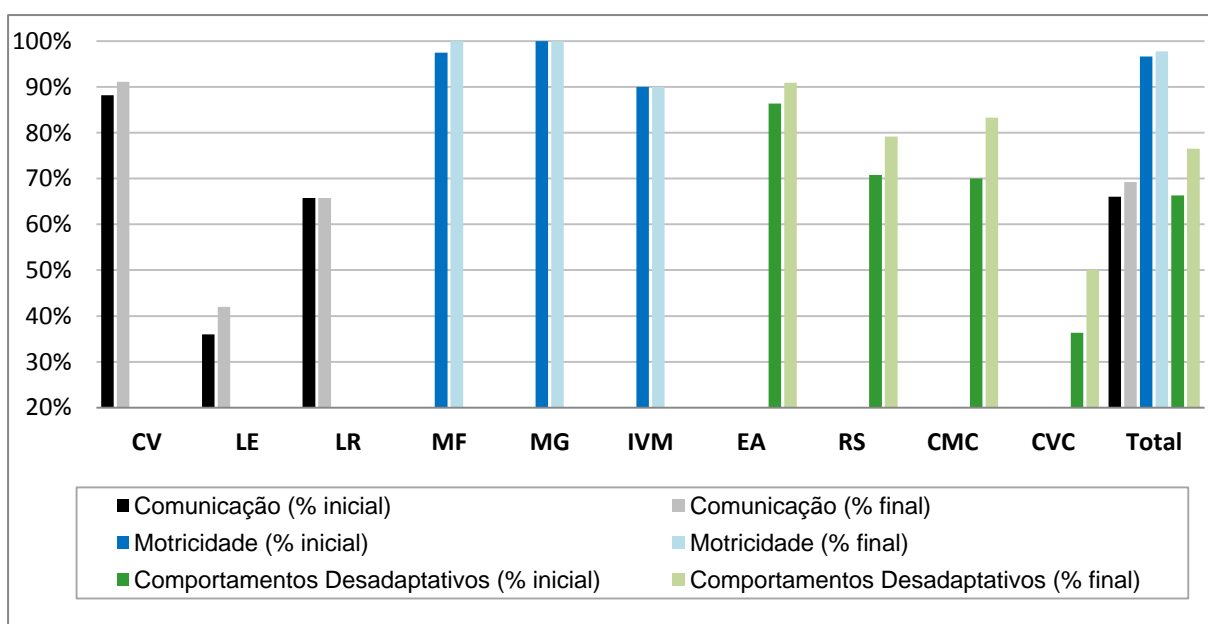


Figura 11 – Resultados comparativos entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance

Tabela 6 - Percentagens comparativas entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Teste de Performance

Área	Subárea	% Inicial	% Final	% Inicial	% Final
Comunicação	CV – Cognição Verbal/Pré-Verbal	88,24%	91,18%	66,03%	69,23%
	LE – Linguagem Expressiva	36%	42%		
	LR – Linguagem Recetiva	65,79%	65,79%		
Motricidade	MF – Motricidade Fina	97,50%	100%	96,67%	97,78%
	MG – Motricidade Global	100%	100%		
	IVM – Imitação Visuo-motora	90%	90%		
Comportamentos Desadaptativos	EA – Expressão Afetiva	86,36%	90,91%	66,33%	76,53%

	RS – Reciprocidade Social	70,83%	79,17%		
	CMC – Comportamento Motor Caraterístico	70%	83,33%		
	CVC – Comportamento Verbal Caraterístico	36,36%	50%		

4.3.5.2. Formulário para o Cuidador.

O Formulário para o Cuidador foi preenchido por ambos os cuidadores na avaliação inicial, contudo, na avaliação final a mãe não entregou o formulário, pelo que será apresentada somente as avaliações do pai (ver anexo XXIX).

As informações prestadas pelo pai sugerem resultados distintos em cada domínio. Se por um lado a percentagem relativa ao “Cuidado Pessoal” não sofreu alterações, ocorreu um aumento nos “Problemas de Comportamento” e uma redução no “Comportamento Adaptativo”. Assim, o pai indica que nos “PC” o défice no contato ocular, a expressão facial e a comunicação por gestos deixou de ser um problema. No “CA” o R. passou a envolver-se em novas atividades sem hesitar; no entanto, passou a estar mais ausente em relação ao que o rodeia e a não ter um comportamento adequado ao atravessar um passeio.

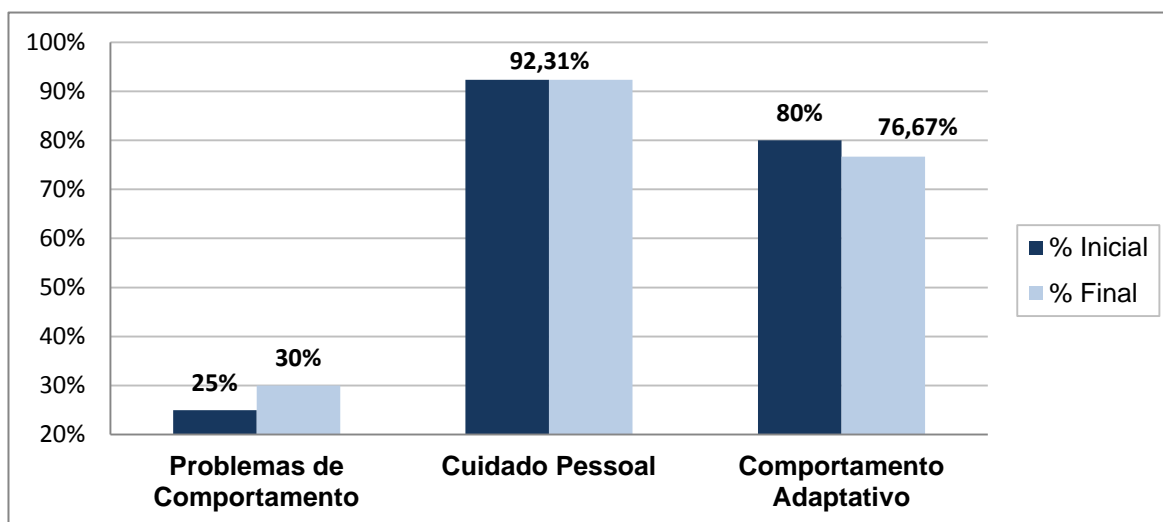


Figura 12 - Resultados comparativos entre as Avaliações Final e Inicial da Criança R. pelo Formulário para o cuidador (Pai)

4.3.5.3. Observações Qualitativas.

Pela observação da Criança, tornaram-se evidentes algumas evoluções, nomeadamente comportamentais e emocionais. O R. passou a tolerar melhor a

negação dos seus pedidos, não ficando frustrado e não chorando. Paralelamente, passou a explorar um maior número de materiais, nutrindo interesse por atividades motoras como saltar, andar de skate e colocar-se dentro de arcos.

Apesar disto, o R. continuou a manifestar claras dificuldades comunicativas quer ao nível recetivo como expressivo e alguns comportamentos verbais e motores atípicos.

4.3.6. Análise e Discussão do Caso.

De uma forma geral ocorreram melhorias em vários dos domínios avaliados.

No que concerne á análise do Teste de Performance, tem-se que as evoluções se registaram principalmente no comportamento, tanto motor como verbal. Para além destas ocorreram melhorias nas subáreas “Reciprocidade Social”, “Expressão Afetiva”, “Motricidade Fina”, “Linguagem Expressiva” e “Cognição Verbal/Pré-verbal”. Assim, mesmo que a evolução percecionada não tenha sido muito acentuada, ocorreram melhorias na maioria dos domínios do desenvolvimento. Estas melhorias podem dever-se ao tipo de atividades e estratégias adotadas no decorrer da intervenção, que se revelaram ajustadas.

Os subdomínios em que não se verificaram melhorias dizem respeito à “LR” e “IVM”. Na “LR”, a avaliação final permitiu averiguar que, efetivamente a criança passou a executar tarefas que anteriormente não realizava, no entanto, deixou de completar outros itens. Tal pode ter ocorrido devido a uma avaliação inicial inadequada ou, por outro lado, o R. pode ter deixado de ter essas competências. Em relação à “IVM”, esta já era um domínio forte que detinha uma percentagem alta, pelo que a sua não melhoria não se torna preocupante.

No que respeita ao Formulário para o Cuidador, tornou-se impossível comparar fidedignamente os resultados, dado que a mãe não entregou o documento. Este fator pode revelar algum distanciamento da mãe em relação à criança, um possível fator de risco que leva à manutenção de algumas dificuldades. As melhorias confirmadas pelo pai centram-se na comunicação por gestos e envolvimento em novas atividades sem hesitar, sendo esta última fortemente concordante com os resultados da avaliação formal. Apesar disto, os resultados evidenciados pelo questionário do pai indicam, também, que algumas informações são discordantes entre avaliações, o que pode sugerir um acréscimo de dificuldades ou, por outro lado, a existência de erros na avaliação do progenitor.

Alguns fatores podem ter contribuído para a manutenção de algumas dificuldades, entre eles: o grau da problemática, a assiduidade da criança, posto que faltou a 12

sessões e a sua dinâmica familiar, dado que os pais não mantêm uma relação próxima e que a criança não está com eles de modo regular. Para além disto, o Plano Terapêutico formulado revelou-se bastante ambicioso, o que pode justificar manutenção de algumas dificuldades.

4.3.7. Dificuldades e Limitações.

Na realização do estudo de caso não foram encontradas dificuldades de maior, dado que não ocorreram problemas na gestão do comportamento da criança e na realização das várias atividades propostas. Desde o início da investigação que o R. demonstrou ser uma criança empenhada e motivada, o que facilitou a gestão das sessões e o estabelecimento de atividades. Apesar disto, podem ser apontados alguns aspetos comportamentais menos positivos, entre os quais, o défice de atenção inerente, alguma frustração em atividades com um grau maior de dificuldade e dificuldades na compreensão da informação verbal.

No que se refere às limitações, foram identificadas algumas. Primeiramente, o fato dos cuidadores não comunicarem entre si dificultou a interpretação e compreensão da informação inicialmente prestada, tanto no Questionário da História de Vida da Criança como no Formulário para o Cuidador. Algumas das informações dadas discordaram, o que invalidou a utilização eficaz das mesmas. Para além disto, a mãe do R. não entregou a avaliação final (Formulário para o Cuidador), pelo que apenas foi tida em conta a informação fornecida pelo pai. Outro dos fatos limitantes prendeu-se com as faltas do R. que, ao serem bastante, limitaram o cumprimento das sessões planeadas e, conseqüentemente, dos objetivos previamente propostos.

No que concerne às limitações do estudo, teria sido importante realizar algumas sessões em parilha ou grupo, de forma a fomentar a socialização e comunicação com os pares da mesma idade.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. BENEFÍCIOS DA TERAPIA PSICOMOTORA NA PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

De forma a responder à questão a que inicialmente nos propusemos, “A Terapia Psicomotora contribui para o desenvolvimento de crianças com PEA?”, procedeu-se a uma análise global dos resultados obtidos, i.e., das melhorias decorrentes de um período de Intervenção Psicomotora de 3 meses para três crianças com PEA. A partir do instrumento de avaliação aplicado antes e após a intervenção, verificaram-se os domínios com maiores e menores evoluções. Neste sentido, foi possível verificar que em todos os estudos de caso ocorreram melhorias nas áreas de desenvolvimento avaliadas no Teste de Performance, Comunicação, Motricidade e Comportamentos Desadaptativos, o que valida a importância da Intervenção Psicomotora na PEA, tal como nos refere Mangenot (2012).

A área “Comportamentos Desadaptativos” foi o domínio que evoluiu de forma mais significativa em todos as crianças, pelo que diminuíram comportamentos motores e verbais desajustados e repetidos, assim como adquiriram competências sociais e emocionais. A Intervenção Psicomotora permite, assim, a aquisição de competências comportamentais e sociais, tal como nos indica Ortega e Obispo (2007) e emocionais, como sugere Latour (2008). No domínio referido as evoluções mais elevadas ocorreram ao nível do “Comportamento Motor Característico”, pelo que os movimentos e posturas atípicas diminuíram após o período de intervenção. Este dado sublinha os benefícios desta área terapêutica na redução das estereotipias, como nos dizem Vidigal e Guapo (2003). Sendo que as estereotipias e os comportamentos repetidos tendem a aumentar na idade pré-escolar (Ozonoff et al, 2003), estas melhorias revelam-se importantes para ajustamento comportamental destas crianças na sua idade.

A subárea “Reciprocidade Social” também pode ser destacada como um domínio com evoluções visíveis em todos os indivíduos estudados, o que corrobora com as afirmações de Llinares e Rodríguez (2003), que salientam a importância da Intervenção Psicomotora no desenvolvimento social, com base na relação empática estabelecida entre a criança e a o terapeuta. Sendo que os estudos indicam que estes sujeitos não conseguem alcançar uma vida independente devido, sobretudo, aos seus défices sociais (Gillberg, 1991; Howlin e Goode, 1998; Rumsey et al., 1985 cit in

Ozonoff et al, 2003), esta melhoria detém um papel fundamental para a qualidade de vida futura destas crianças.

De igual forma, a “Cognição Verbal/Pré-verbal” também deteve melhorias importantes em todas as crianças. Assim, o desenvolvimento cognitivo parece ser, também, um domínio em que a Terapia Psicomotora apresenta um papel determinante, informação essa que é destacada por autores como Ortega e Obispo (2007) e Latour (2008), que sugerem a incidência da Terapia Psicomotora nas capacidades cognitivas.

Posto isto, a Intervenção Psicomotora parece ter permitido o desenvolvimento de várias áreas do desenvolvimento, nomeadamente, do comportamento motor ajustado, da socialização e da cognição. Sendo que os dois primeiros domínios referidos estão grandemente afetados na perturbação (APA, 1996), os benefícios da Terapia Psicomotora parecem, então, ser efetivos.

No que concerne às áreas com evoluções menos significativas, percebeu-se que os resultados foram bastantes distintos entre indivíduos, o que dificulta uma conclusão fidedigna acerca das áreas em que os benefícios da Terapia Psicomotora são menores. Apesar disto, foi feita uma análise destes resultados, que toma por base percentagens com diferenças não tão elevadas como seria idealizado.

Nas três grandes áreas avaliadas do Teste de Performance, foi na Comunicação que se verificaram as melhorias menos elevadas, sobretudo em duas das crianças, resultado que pode estar relacionado com as dificuldades comunicativas presentes em crianças com PEA (APA, 1996). Para além disto, Kostyuk et al (2010) corrobora este dado, afirmando que estes indivíduos podem melhorar as suas competências comunicativas, mas não atingem o esperado para a idade. Lord e Paul (1997 cit in Tager-Flusberg, 1999) referem, ainda, que estas dificuldades são mais elevadas em relação a outras áreas do funcionamento cognitivo.

Nesta, a subárea “Linguagem Recetiva” destacou-se como um dos domínios que não sofreu melhorias significativas em dois dos Crianças. Este fato é comprovado por Siegel (2008), que salienta as dificuldades de compreensão verbal destas crianças, devido aos défices na memória auditiva.

Os dados obtidos a partir do Formulário para o Cuidador não são consensuais, i.e., não existem áreas com evoluções significativas ou menos significativas que sejam concordantes entre indivíduos, pelo que não é possível proceder a uma análise fidedigna acerca deste meio de avaliação.

5.2. PERTINENCIA DO PLANO E PERCURSO TERAPÊUTICO

As atividades e estratégias propostas revelam-se, na sua grande maioria, eficazes e adequadas, pelo que contribuíram para o desenvolvimento global dos sujeitos em estudo. Partindo das referências encontradas na literatura, a intervenção tomou por base princípios de diversas metodologias de intervenção, de forma a desenvolver um programa interventivo ajustado às especificidades de cada criança.

O estabelecimento de um plano terapêutico com objetivos definidos de incidência em vários domínios do desenvolvimento, levou a que todas as crianças em estudos adquirissem competências em áreas como a cognição, socialização, comunicação e comportamento, princípio de intervenção defendido pela APA (2007, cit in Lima, 2012). Paralelamente, a individualização da intervenção, através do estudo único de cada criança e da realização das sessões de um para um, permitiram compreender as características particulares de cada criança e atuar de acordo com as mesmas. Esta componente da intervenção revelou-se um meio eficaz e imprescindível para os resultados obtidos. Também Lima (2012) nos refere a importância do trabalho de um para um e o Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children (2011) defende a valorização do estilo único da criança.

Os vários princípios inerentes à Terapia Psicomotora tiveram um papel importante em cada aprendizagem alcançada pelos indivíduos. Em primeira instância, cada sessão foi construída num ambiente de relação com a terapeuta, onde foram valorizadas as vontades, gostos, interesses e áreas fortes da criança, o que permitiu aumentar a sua motivação para a aprendizagem e melhorar a relação empática; este dado é igualmente defendido por Llinares e Rodríguez (2003). Concomitantemente, a utilização de diferentes sensações e experiências, através de materiais e atividades diferenciadas, permitiram estimular áreas fundamentais, tais como o desenvolvimento cognitivo e emocional (Latour, 2008).

Na Intervenção Psicomotora a comunicação não-verbal toma um papel essencial, pelo que os gestos, a postura e expressões faciais se revelaram componentes essenciais utilizadas na compreensão da criança e no reforço das instruções verbais emitidas. Também o tom de voz e o volume utilizados conferiram ao processo de intervenção ferramentas comunicativas importantes. O papel da comunicação não-verbal é corroborada por Llinares e Rodríguez (2003) e (Rivière (1997 cit. in Llinares e Rodríguez, 2003).

Para além dos princípios da Intervenção Psicomotora, foram utilizadas algumas estratégias defendidas por metodologias específicas de intervenção como o ABA, TEACH e Floortime. Na primeira, as estratégias comportamentais utilizadas revelaram-se bastante eficazes, possibilitando o ajustamento comportamental, como indicam

Leaf et al (1999). Do programa TEACH foram utilizados os princípios referentes ao apoio visual que, em complemento com pistas verbais e gestuais aumentaram o nível cognitivo da criança, tal como postula Ozonoff e Cathcart (1998 cit in Kuziora, 2012). Por fim, na metodologia Floortime, ao ser utilizado o chão e a brincadeira com o terapeuta, fomentou-se a capacidade de comunicação e socialização da criança. Este contributo é concordante com o que refere Lampreia (2007).

5.3. DIFICULDADES E ÁREAS FORTES DAS CRIANÇAS COM PEA

Outra das questões a que queria responder a partir desta investigação refere-se à procura das áreas fortes e das dificuldades que mais se evidenciaram e mantiveram nas crianças com PEA. A análise dos três crianças permitiu perceber, numa primeira instância, que a “Motricidade” é a sua área forte, mais concretamente a “Motricidade Global”. Posto isto, opostamente ao que afirma Berkeley e colaboradores (2001 cit in Staples e Reid, 2010) e Manjiviona e Prior (1995 cit in Green et al, 2008), parecem não existir dificuldades na locomoção, habilidades com bola e equilíbrio nas crianças com PEA estudadas. Este resultado pode ser justificado a partir da idade das crianças (6 e 7 anos), que é a idade limite no instrumento, e pelas características do PEP-3 na avaliação da “Motricidade Global”, dado que engloba um menor número de itens para a avaliação deste domínio, comparativamente com os restantes. Paralelamente, o fato de todas as crianças estarem integradas no PIIP, que possuiu sessões de Intervenção Psicomotora, natação e karaté adaptado, pode igualmente ter contribuído para a boa performance motora dos indivíduos.

Relativamente às dificuldades, a “Linguagem Expressiva” e o “Comportamento Verbal Característico” relevaram-se as áreas mais problemáticas. A literatura corrobora com este dado, onde são enaltecidas as dificuldades na expressão verbal, na adequação e funcionalidade do discurso (APA, 1996) e na manutenção destas dificuldades (Kostyuk et al, 2010; Lord e Paul, 1997 cit in Tager-Flusberg, 1999)

Apesar de ter sido possível identificar áreas fortes e fracas concordantes entre indivíduos, a investigação demonstrou que as diferenças entre crianças são bastante acentuadas. Assim, mesmo tendo a mesma problemática, género e idades próximas, as percentagens variaram desde 15% (avaliação final da criança J. – Formulário para o Cuidador) a 100% e os domínios fortes e fracos foram bastante distintos. Paralelamente, cada criança apresentou um perfil qualitativo de desenvolvimento muito distinto, sendo que o A. apresentou percentagens elevadas na grande maioria dos domínios e dificuldades na comunicação, o J. dificuldades em todos os domínios

com exceção da motricidade e o R. um perfil intra-individual com variações marcadas. Estes dados comprovam a variedade do espectro, i.e., as diferentes características e dificuldades que podem estar associadas a um indivíduo com PEA, tal como nos indica Ozonoff et al (2003).

5.4. ADEQUABILIDADE DO INSTRUMENTO À POPULAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A aplicação do instrumento PEP-3 a três crianças distintas com PEA permitiu analisar, de forma geral, a adequabilidade do instrumento para a população em estudo e para a investigação, mais concretamente, a sua pertinência para a construção de um Plano Terapêutico Psicomotor.

Numa primeira instância e em relação ao Teste de Performance, importa referir que o instrumento foi aplicado e interpretado rapidamente e com facilidade. As tarefas foram compreendidas e aplicadas sem problemas de maior, assim como não surgiram dúvidas na cotação dos itens. Estas vantagens são, igualmente assinaladas por Schopler et al (2005).

Este instrumento permite avaliar as áreas fulcrais do desenvolvimento, dado que abarca tanto domínios comportamentais como motores, cognitivos e comunicativos, onde são avaliadas desde competências mais básicas a mais complexas. A nível comunicativo são avaliadas variadas competências, tanto recetivas como expressivas, que englobam tanto pedidos simples e funcionais como as características gramaticais inerentes ao discurso; tal possibilita a distinção dos diferentes graus de dificuldades comunicativas inerentes à perturbação. Outro dos aspetos positivos do instrumento e que parece ser útil abarca a valorização dos itens observacionais, de onde são apreendidas características comportamentais da criança, tanto a nível verbal como motor; estes itens observacionais facilitam a caracterização da criança, permitindo registar as idiossincrasias associadas a cada indivíduo. Para além disto, outra das vantagens do instrumento engloba a utilização de objetos concretos, de imagens e a possibilidade de demonstração, componentes visuais que facilitam a avaliação das crianças com PEA, minimizando a dependência da linguagem verbal na avaliação destas crianças. Por fim, outra dos benefícios do Teste de Performance engloba a utilização de materiais lúdicos e apelativos, tais como as bolas de sabão, fantoches e puzzles, componente motivacional importante. Estas características, defendidas por Schopler et al (2005) foram efetivamente comprovadas ao longo da investigação.

Apesar das variadas facilidades inerentes ao instrumento, pela sua aplicação também foi possível identificar algumas limitações ou pontos mais fracos. Dado que todas as crianças às quais apliquei o instrumento estavam na idade limite (6/7 anos), tornou-se claro que o teste não engloba itens específicos para crianças com PEA de alto funcionamento, i.e, para crianças com boas competências, tornando-se difícil estabelecer objetivos a partir do instrumento (Criança A.). Ao nível da motricidade global, as competências avaliadas são escassas, sendo que em 172 itens apenas 15 avaliam a motricidade global e que nesses itens somente são avaliadas competências gerais do desenvolvimento motor, como saltar, manter-se em apoio unipedal e lançar, agarrar e chutar uma bola. Outras competências motoras mais específicas e complexas não estão englobadas.

Outra das críticas ao Teste de Performance diz respeito a um dos materiais utilizados, as letras e os cartões com formas. Ao serem ambos de cartão podem não ser adequadas para a população, pelos comportamentos inesperados e disruptivos associados à mesma. O item relativo à leitura de palavras, onde todas as palavras se iniciam por letras diferentes e são palavras comuns, pode-se tornar um item ambíguo, pois a criança pode identificar a palavras somente pela sua letra inicial (G de gato, B de bola).

Por fim, importa referir que algumas tarefas do instrumento que pretendem medir um determinado domínio podem ser diretamente influenciada por outros domínios. Tal ocorre em tarefas relativas à “Cognição Verbal/Pré-verbal”, como o selecionar objetos pelo toque e copiar figuras geométricas. Na primeira, a tarefa foi influenciada pela comunicação recetiva da criança, dado que esta não selecionou o objeto adequado por não reconhecer o que estava a ser pedido. Assim, seria importante utilizar pistas visuais, como imagens representativas do objeto. A segunda prova referida pareceu contaminada pelas habilidades da criança na motricidade fina.

No que concerne ao Formulário para o Cuidador, particularmente às secções avaliadas (Problemas de Comportamento, Cuidado Pessoal e Comportamento Adaptativo), os itens estão formulados e organizados de forma simples, pelo que os cuidadores não revelaram dificuldades no preenchimento do mesmo. Para além disto, este teste questiona acerca de variadas competências e hábitos das crianças, pelo que se torna pertinente. Estas vantagens estão de acordo com o que refere Schopler et al (2005). No entanto, é possível traçar uma crítica em relação ao formulário. A avaliação da seção “Problemas de Comportamento”, por ser feita três graus (severo, moderado e ligeiro), pode colocar alguma subjetividade à avaliação realizada pelos cuidadores.

A partir do PEP-3 foi, efetivamente, possível delimitar um plano de Intervenção Psicomotora com incidência em variados domínios do desenvolvimento. Assim, a partir de um instrumento de avaliação psicoeducacional é possível desenvolver um Plano Terapêutico Psicomotor. Apesar disto, o instrumento carece da avaliação de itens no âmbito da motricidade global, estruturação temporal e espacial e tonicidade, que permitiram um plano com maior incidência corporal.

6. CONCLUSÃO

A presente investigação permitiu, em primeira instância, a maximização dos estudos relativos à Terapia Psicomotora, colmatando alguns défices científicos existentes no que se refere à prática interventiva referida e às Perturbações do Espectro do Autismo. O estudo veio reforçar a comprovar a importância desta terapia para o desenvolvimento de indivíduos com necessidades educativas especiais, em particular, crianças com PEA. Os resultados alcançados indicaram que a Terapia Psicomotora potencia um eficaz crescimento destes indivíduos em todas as áreas de desenvolvimento, particularmente, nos domínios centrais da perturbação, a socialização, a comunicação e o comportamento, domínios centrais para maximizar a qualidade e independência da vida destes sujeitos.

A utilização de um instrumento de caráter psicoeducacional validou a adaptabilidade da Intervenção Psicomotora, possível de ser planeada e concretizada a partir de uma avaliação com uma base teórica distinta. Neste sentido, depreende-se a globalidade da Terapia Psicomotora, um método interventivo com princípios próprios mas que possibilita a assimilação de estratégias e métodos distintos. A utilização de atividades lúdicas, de expressão corporal, grafomotoras e a valorização da relação terapêutica e da comunicação não-verbal revelaram-se princípios psicomotores essenciais que potenciaram a participação ativa da criança em cada sessão e a sua motivação para a aprendizagem. Para além disto, a utilização de meios decorrentes de outras correntes metodológicas de cariz mais comportamental ou relacional, permitiram uma gestão eficaz e adequada de cada sessão e de cada criança.

A investigação permitiu-me assimilar competências teóricas e práticas relativas à minha identidade profissional e à problemática em estudo, dada a sua componente interventiva. Após um período de formação em Reabilitação Psicomotora, este trabalho tornou-se, igualmente, crucial para a compreensão e integração dos vários conteúdos lecionados. Como Psicomotricista parece-me claro que a intervenção terapêutica deve integrar as várias correntes metodológicas existentes, indo buscar a cada uma os princípios que melhor se adequam a cada criança. A metodologia qualitativa a que recorreu, os estudos de caso, possibilitou-me adquirir uma visão mais global e completa do que são as Perturbações do Espectro do Autismo, particularmente as suas especificidades comportamentais, idiossincrasias comunicativas e diversidades sintomáticas. Cada ser humano é, certamente, único e inconfundível. Por mais que o rótulo nomeie, cada sujeito é dotado de uma individualidade intransmissível e caracterizável.

6.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta investigação, à semelhança do que ocorre com outros estudos, apresenta algumas limitações, detetadas ao longo da sua realização.

Numa primeira instância, ao nível do enquadramento teórico, uma das limitações prendeu-se com a quantidade de informação disponível acerca da Terapia Psicomotora nas PEA, que se revelou escassa. O fato referido dificultou a fundamentação empírica do estudo e por consequência a discussão dos resultados. Para além disto, não foi realizado o despiste de défice cognitivo nas crianças em estudo, o que permitiria avaliar mais adequadamente a origem das dificuldades evidenciadas.

A escala utilizada (PEP-3) não se encontra validada para a população portuguesa, resultando no não ajustamento de alguns itens à língua portuguesa, nomeadamente, os itens relativos à identificação de letras (inclusão do Y) e à leitura e repetição de frases (a tradução aumentou o número de palavras). Concomitantemente, o instrumento não pôde ser aplicado e interpretado na sua totalidade, pelo que não foi possível a comparação dos resultados obtidos com a norma e com indivíduos da mesma idade com a problemática. Ainda neste âmbito, a utilização de uma única escala como meio de avaliação e consequente base da intervenção limitou, de alguma forma, as áreas em que a intervenção incidiu. Assim, no que se refere à motricidade global, dado que o instrumento apresenta poucas tarefas direcionadas a este domínio, a intervenção englobou poucos objetivos direcionados para a mesma.

As faltas dadas pelas crianças às sessões de intervenção também foram limitativas, já que diminuíram o número de sessões de intervenção inicialmente previstas e possivelmente o resultados. Para além disto, o fato das crianças estarem integradas num programa intensivo de intervenção anulou a possibilidade de interpretar as suas evoluções de uma forma isolada, não sendo possível afirmar que as competências adquiridas brotaram somente da Intervenção Psicomotora a que foram sujeitas. Outra das limitações refere-se às desvantagens associadas a uma intervenção individual. Esta característica dificulta a estimulação da sociabilização com pares da mesma idade e anula a intervenção com as famílias. No entanto, há que reforçar que a opção de trabalhar somente com a criança foi tomada devido ao tempo curto de intervenção, já que um trabalho com a família iria requerer um maior tempo de adaptação da criança. Por fim, importa indicar que os planos terapêuticos propostos para as crianças R. e J. se revelaram bastante ambiciosos, pelo que o número de objetivos atingidos foi menor do que o que seria idealizado.

Para além das limitações já referidas, não foi possível realizar o *follow up* do estudo, posto que as crianças saíram PIIP e deixaram de estar em contato com a terapeuta, o que impossibilitou a confirmação da manutenção das aprendizagens adquiridas.

6.2. SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

O futuro da investigação deve passar, necessariamente, por estudos que comprovem a importância da Terapia Psicomotora no desenvolvimento de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo. Esta área carece grandemente de investigação, pelo que deve ser fomentada.

As investigações deste âmbito devem garantir que a avaliação da criança é realizada por meio de diferentes testes, de forma caracterizá-la como o máximo de rigor possível e traçar um plano de intervenção ajustado a todas as suas necessidades. Neste âmbito, deve ser promovida a validação de diferentes testes de avaliação para a população portuguesa, com o intuito de potenciar o rigor dos resultados obtidos. Paralelamente, os efeitos da Terapia Psicomotora devem ser provados em isolado, i.e., sem serem influenciados por outras áreas terapêuticas. Apesar disto, esta terapia não deve descurar da utilização de estratégias advindas de diferentes metodologias terapêuticas.

Por fim, o futuro da investigação deve passar, também, pela utilização dos pais como co-terapeutas, de forma a maximizar os seus resultados; dos pares da mesma idade com o intuito de estimular a socialização e pela realização de estudos de *follow up* para validar os benefícios a longo termo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4º Edição. Lisboa: CLIMEPSI.
- APA (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 5ª edição. APA.
- Attwood, T. (2008). An Overview of Autism Spectrum Disorders. In K. D. Buron, e P. Wolfberg, (Ed.), *Learners on the Autism Spectrum: preparing highly qualified educators*, (pp. 19-43). Kansas: Autism Asperger Publishing Co.
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades de comportamento e aprendizagem – A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para acompanhamento do crescimento da criança*. Lisboa: Coisas de ler e Trilhos.
- Augustin, D. (2013). Cet objet, il est dur ou il est mou? - Approche psychomotrice auprès d'un adolescent souffrant d'autisme. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien. Université Bordeaux Segalen, Institut De Formation en Psychomotricité.
- Barbera, M. (2007). *The Verbal Behavior Approach: How to Teach Children with Autism and Related Disorders*. London: Jessica Kingdley Publishers.
- Baron-Cohen (1995). *Mindblindness, an Essay on Autism and Theory of Mind*. London: MIT Press.
- Bosa, C. (2001). As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, (2), 281-287.

- Brandão, M.T., (2007). As disfunções motoras como indicadores precoces das perturbações do espectro do autismo. In J. Barreiros, R. Cordovil, e S. Carvalheiro, (Ed.), *Desenvolvimento Motor da Criança*, (pp. 219-226). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos.
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Flippin, M, Reszka, S. e Watson, L. (2010). Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on Communication and Speech for Children With Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 19.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectabilidade psicomotora: algumas implicações para a Intervenção Psicomotora. *A Psicomotricidade*. (12), 9-52.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford UK: Blackwell
- Frith, U. e Frith, C. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *The Royal Society*, 358, (1431), 459-473.
- Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Simonoff, E. e Baird, G. (2008). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine e Child Neurology*. 51, 311–316.
- Hess, E. (2013). DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*. 6, (3).

- Kearney, A. (2009). *Compreender a Análise Aplicada do Comportamento: uma introdução à AAC para pais, professores e outros profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Koegel, L., Matos-Fredeeen, R., Lang, R. e Koegel, R. (2011). Interventions for Children With Autism Spectrum Disorders in Inclusive School Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Kostyuk, N., Isokpehi, R., Rajnarayanan, R., Oyeleye, T., Bell, T e Cohly, H. (2010). Areas of Language Impairment in Autism. *Autism Insights*. 2, 31–38.
- Kuziora, S. (2012). The Face of Autism. *The Meducator*. 1, (10). 1-18.
- Joly, F. (2011). The Body of the Autistic Child: An Integrated Approach. In Mohammadi, M. (Ed.), *A Comprehensive Book on Autism Spectrum Disorders*, (437-450). Croatia: InTech.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: ME-IIE.
- Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*, 24, (1), 105-114.
- Latour A. (2008). Autistic processes and psychomotricity – “Learning from experience”. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 56, 39-43.
- Leaf, R., McEachin, J., Dayharsh, J. e Boehm, M. (1999). *Work in Progress – Behavior Management Strategies and a Curriculum for Intensive Behavior Treatment of Autism*. USA: Ron Leaf e McEachin Editores.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel.

- Llinares, M. e Rodríguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 3, (2), 11-24.
- Ludwing, S. e Harstall, C. (2001). *Intensive Intervention Programs for Children with Autism*. Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education (2009). *Interventions for Autism Spectrum Disorders - Report of the Children's Services Evidence-Based Practice Advisory Committee*. Amy Beaulieu, MSSW, Cutler Institute for Health and Social Policy, Muskie School of Public Service e University of Southern Maine. Acedido a 22-02-2014. Disponível em: [http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/cbhs/ebpac/Maine Department of Health and Human Services e The Maine Department of Education report2009.pdf](http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/cbhs/ebpac/Maine%20Department%20of%20Health%20and%20Human%20Services%20and%20The%20Maine%20Department%20of%20Education%20report2009.pdf)
- Mangenot, L. (2012). *Illustration d'une prise mn charge psychomotrice en groupe pour un enfant porteur d'autisme*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité. Institut de Formation en Psychomotricité, Faculte de Medicine Toulouse Rangueil, Universite Paul Sabatier.
- Marques, C. (1998). Autismo – Intervenção Terapêutica na 1º Infância. *Análise Psicológica*, 1, (XVI), 139-144.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca e R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 29-40). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Ohio Department of Education's Office for Exceptional Children (2011). *Autism Reaching for a Brighter Future*. Service Guidelines for Individuals with Autism Spectrum Disorder through the Lifespan. Acedido a 22-02-2014. Disponível em <http://ddc.ohio.gov/pub/RevisedAutismGuide2011.PDF>

- Ortega, J. e Obispo, J. (2007). *Manual de Psicomotricidad (Teoría, Exploración, Programación y Prática)*. Madrid: La Tierra Hoy.
- Ozonoff, S., Rogers, S. e Hendre, R. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi editores.
- Ozonoff, S., Young, G., Goldring, S., Greiss-Hess, L., Herrera, A., Steele, J. Macari, S., Hepburn, S. e Rogers, S. (2008). Gross Motor Development, Movement Abnormalities, and Early Identification of Autism. *Journal of autism and developmental disorders*.38, 644–656.
- Pan, C., Tsai, C. e Chu, C. (2009). Fundamental Movement Skills in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Ratajczak, H. (2011). Theoretical aspects of autism: Causes - A review. *Journal of Immunotoxicology*. 8, (1), 68 – 79.
- Rogers, S. e Dawson, G. (2010). *Early Star Denver Model for Young Children with Autism – Promoting Language, Learning and Engagement*. New York: The Guilford Press.
- Sapp, S. (2007). Autism: Symptoms, Causes, and Treatments. *University of Tennessee-Knoxville*.
- Schopler, E., Lansing, M., Reichler, M. e Marcus, L. (2005). Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3). Texas. Pro-Ed.

- Seixas, T. (2006). *Autismo: A visão psicomotora - uma revisão bibliográfica do autismo na Psicomotricidade*. Unpublished Pós-Graduação, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo - compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Sparks, B., Friedman, S., Shaw, D., Aylward, E., Echelard, D., Artru, A. ... Dager, S. (2002). Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. *American Academy of Neurology*. 59, (2), 18-192.
- Stake, R. (2009). *A Arte de Investigação com Estudos de Caso*. (2º edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Staples, K. e Reid, G. (2010). Fundamental Movement Skills and Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 40, 209–217.
- Tager-Flusberg, H. (1999). A Psychological Approach to Understanding the Social and Language Impairments in Autism. *International Review of Psychiatry*. 11, (4), 325–334.
- Thompson Foundation for Autism, Division of Developmental Disabilities, Office of Special Education e Mercy Children's Hospital – St. Louis and Springfield (2012). *Autism Spectrum Disorders: Guide to Evidence-based Interventions*. Consensus Publication. Acedido a 22-02-2014. Disponível em: <http://autismguidelines.dmh.mo.gov/documents/Interventions.pdf>
- Vechhiato, M. (2003). *Terapia Psicomotora*. Brasil: Editora Universidade de Brasília.
- Whyatt, C. e Craig, C. (2012). Motor Skills in Children Aged 7–10 Years, Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 42, 1799–1809.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vidigal, M. & Guapo, M. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*. 2, 207-219.

Wolff, S. (2004): The history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13, 201-208.

ANEXOS

ANEXO I – EXEMPLO DE QUESTIONÁRIO DA HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito da investigação científica “Intervenção Psicomotora em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo – Estudos-caso”, que assenta na análise de três crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) para que, através da aplicação de um instrumento de avaliação e de um plano de intervenção, se possa fundamentar os contributos da intervenção psicomotora nesta problemática. A Dissertação, com vista a obtenção do grau Mestre em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana, é da autoria de Alexandra Monteiro Matos Ferreira e orientada pela Professora Doutora Ana Rodrigues. Posto isto, este instrumento pretende recolher dados relativos à história de desenvolvimento da criança em estudo e à identificação de cada elemento do agregado familiar.

Leia atentamente as questões e preencha as que se adequam melhor à sua situação familiar. As respostas são rigorosamente confidenciais, sendo que os dados serão somente utilizados no âmbito do trabalho referido.

1- Dados pessoais

Identificação da criança

Nome: Crianca R.

Género: M ☒ F ☐

Data de nascimento: 25/05/05

Identificação do agregado familiar

Grau de Parentesco: Mãe

Nome:

Morada:

Data de nascimento: 15/03/71

Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☒

Profissão: Ass. Berdo Hab. Literárias: Freqüência Universitária

Grau de Parentesco:

Nome:

Morada: _____

Data de nascimento: __/__/__

Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐

Profissão: _____ Hab.Literárias: _____

Grau de Parentesco: _____

Nome: _____

Morada: _____

Data de nascimento: __/__/__

Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐

Profissão: _____ Hab.Literárias: _____

Irmãos

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Tipos de atividades que fazem em família: Viajar ☐ Passear ☒ Ir ao cinema ☐Jogar ☒ Ler ☒ Outros ☐ _____Com que frequência? Diariamente ☒ Semanalmente ☐ Mensalmente ☐Outro ☐ _____

Tempo que passa com (horas/dia):

Pai: _____ Mãe: _____ Pais: _____

Irmão(s): _____ Família: _____ Avós: _____

Restante Família: _____ Outro (quem, tempo): _____, _____

2- História clínicaDiagnóstico: Espectro de Autismo (ligeiro/moderado)Data do diagnóstico: 1/1/2008Idade com que foi diagnosticado: 3 anos, mas com 1 ano e meio

Já eram perceptíveis alterações de comportamento e foi a altura em que começou as avaliações médicas

Local de diagnóstico: Hospital Estefânia

Quem diagnosticou: Nome J

Profissão Estefânia

Diagnósticos anteriores: ☐ Sim ☐ Não ☐ Estefânia

Se sim, quais? posterior

Se sim, quais? Autismo

Terapias ☒ Medicação ☐ Outros ☐

Terapias

Anteriores

Quais: Terapia de Fala e psicomotricidade

aos 2 anos

Com que frequência: 1h 3 vezes por semana

Duração: até entrar para Trefaia (unidade A33A)

Atuais

Quais: _____

Com que frequência: _____

Duração: _____

Medicação

Anterior

Qual: _____

Duração: _____

Quantidade: _____

Atual

Qual: _____

Desde quando: _____

Quantidade: _____

Tem outras problemáticas associadas: ☐ Sim ☒ Não ☒

Se sim, quais: _____

3- História pré-natal, história peri-natal e história pós-natal**História pré-natal**Gravidez planeada? Sim ☒ Não ☐Idade da mãe na gravidez: 34/35Idade do pai na gravidez: 36/37Problemas gestacionais? Sim ☐ Não ☒

Se sim, quais: _____

Condições psicológicas durante o parto? Normal**História peri-natal**Nº semanas gestação: 38(?)

Local nascimento: _____

Parto normal ☐ Césariana ☒Epidural? Sim ☒ Não ☐Posição de nascimento: NormalChorou quando nasceu? Sim ☒ Não ☐Complicações no parto? Sim ☐ Não ☒

Se sim, quais: _____

Índice Apegar: 9 (1º minuto) / 10 (5º minuto)Peso à nascença: 391kgComprimento à nascença: 52 cmPerímetro cefálico à nascença: 35 cm**História pós-natal**Incubadora: Sim ☐ Não ☒

Se sim, qual o motivo: _____

Evolução do seu peso: Rápida ☒ Normal ☐ Lenta ☐Evolução do seu comprimento: Rápida ☒ Normal ☐ Lenta ☐Complicações pós-parto? Sim ☐ Não ☒

Se sim, quais: _____

4- Desenvolvimento infantil**Saúde infantil**Problema (s) na fase da 1ª infância: Sim ☐ Não ☒

Se sim, quais: _____

Déficite sensorial:

Auditivo: Sim ☐ Não ☒ Grau: _____

Visão: Sim ☐ Não ☒ Grau: _____

Olfato: Sim ☐ Não ☒ Grau: _____

Tato: Sim ☐ Não ☒ Grau: _____

Doença crónica: Sim ☐ Não ☒

Se sim, quais: _____

Desenvolvimento global

Início do controlo dos esfíncteres (idade):

Noturno: 4 anos Diurno: _____

Sono: Tranquilo ☒ Fala enquanto dorme ☐ Sonâmbulo ☐

Aagitado ☐ Tem pesadelos ☐ Acorda à noite ☐

Quantas horas dorme? 8/9h Contínuas ou intervaladas? contínuas

Dorme num quarto separado dos pais? Sim ☒ Não ☐

Se sim, desde que idade: 4/5 anos

Divide o quarto com alguém? Sim ☐ Não ☒

Se sim, quem: _____

Tem horário para dormir e acordar? Sim ☒ Não ☐

Se sim, qual: 21h/21.30 vai para a cama
acorda por volta das 07.30/08h

Alimentação

Problemas na alimentação (na amamentação, sucção, deglutição, mastigação ou digestão)?

Sim ☐ Não ☒ Se sim, quais: _____

Amamentação:

Peito: Sim ☒ Não ☐

Se não, porquê? _____

Se sim, até que idade? Exclusivo até aos 8/9 meses
Deixou de mamar aos 9/10 meses

Biberão: Sim ☒ Não ☐

Se não, porquê? _____

Se sim, até que idade? 2 anos

Tem horários estabelecidos para a alimentação?

Sim ☒

Não ☐

A partir de que idade começou a comer autonomamente? 4 anos

Desenvolvimento motor

Indique a idade com que começou a:

Sustentar a cabeça	1 mês
Sentar-se	4/5 meses
Gatinhar	7/8 meses
Andar com apoio	1 ano
Andar autonomamente	1 ano e meio
Levantar-se com apoio	8/9 meses
Levantar-se sozinho	10/12 meses
Apanhar objetos do chão sem apoio	13/14 meses
Subir e descer escadas de gatas	
Correr autonomamente	13/14 meses
Subir e descer escadas de pé com alternância de pés	1 ano e meio
Chutar a bola	1 ano e meio 13/14 meses

Desenvolvimento auditivo e verbal

Indique a idade com que começou a:

Emitir sons	1 mês
Procurar sons com os olhos	3 meses
Dar gargalhadas	3 meses
"Conversar" (Balbucia) com os outros	3 meses
Reagir quando o chamam	3/4 meses
Gritar por atenção	3/4 meses
Dizer "mamã" e "papá"	8/9 meses
Dizer 2 palavras	1 ano
Tentar cantar	
Tagarelar quando estava sozinho	4/5 meses
Usar algumas palavras com significado	10 meses / 1 ano

Dar nomes aos objetos visualizados	
Construir frase com significado	

Desenvolvimento social

Indique a idade com que começou a:

Sorrir	2/3 meses
Reconhecer visualmente a mãe	2 meses
Vocalizar quando abordada	3 meses
Seguir pessoa com o olhar	3/4 meses
Reagir quando se brinca/fala com ela	2 meses
Agarrar uma colher	5/6 meses
Beber por uma chávena	4/5 meses
Reagir a uma imagem de espelhos	4/5 meses
Distinguir estranhos de familiares	4/6 meses
Obedecer a ordens simples	
Vestir-se autonomamente sozinho	3 anos
Ajudar ativamente a vestir/despir	12/13 meses

Desenvolvimento visual

Indique a idade com que começou a:

Fixar o olhar num objeto	5/6 meses
Acompanhar visualmente um objeto	3/4 meses
Agarrar um objeto que lhe foi dado	5/6 meses
Explorar com o seu olhar um ambiente novo	4/5 meses
Procurar um objeto caído	5/6 meses
Iniciar a preensão fina	6 meses
Concretizar a oponência completa do polegar	
Mostrar preferência por uma mão	
Rabiscar no papel livre e deliberadamente	9/10 meses
Realizar jogos construtivos (caixas ou outros materiais)	11/12 meses
Conseguir atirar uma bola	12/13 meses
Desenhar	

Desenvolvimento emocional

Atitude em relação aos familiares:

Carinhoso ☒Tímido ☐Agressivo ☐Isolado ☐

Tem atitudes de ciúme ou competição com irmãos ou outras crianças?

Sim ☒Não ☐Em relação aos irmãos: primosRelaciona-se bem ☒Relaciona-se mal ☐É protegido ☒Protege ☐

Prefere brincar:

Sozinho ☒Com irmãos ☐Com outras crianças ☐

Onde brinca:

Dentro de casa ☒Quintal de casa ☒Casa de amigos ☒Rua/Praça ☒

Toma iniciativa de brincar:

Sim ☒Não ☐

Lidera brincadeiras:

Sim ☐Não ☐Quais as brincadeiras preferidas? Parque (balanço, escorrega, "carrinho", etc...)
Casa - desenhos, canos, jogos, bonecos**5- Percurso educativo**Frequentou a Jardim 2u Creche?Sim ☒Não ☐

Se sim, como foi acompanhado? _____

Caso tenha frequentado a Creche

Nome da instituição: A EscolinhaIdade de ingresso: 2 anos ePeríodo de frequência na mesma: 2 anos

Adaptação:

Boa (e.g. satisfação clara, integração fácil das rotinas escolares) ☒Razoável (e.g. choro ocasional, alguma relutância em relação as rotinas escolares) ☐Má (e.g. choro frequentemente, recusa do cumprimento das rotinas escolares) ☐

Relação com os colegas:

Boa (e.g. interação frequente, raros conflitos) ☐Razoável (e.g. interação ocasional, alguns conflitos) ☒Má (e.g. rara interação, conflitos frequentes) ☐

Relação com o/a Educador(a):

Boa (e.g. aceitação plena das tarefas indicadas, interação frequente) ☒Razoável (e.g. cumprimento de algumas tarefas indicadas, interação ocasional) ☐Má (e.g. recusa o cumprimento das tarefas indicadas, rara interação) ☐

Relação com os/as auxiliares (siga por favor os exemplos indicados para o item anterior):

Boa ☒Razoável ☐Má ☐

Frequentou o jardim infantil?

Sim ☐Não ☐

Se sim, como foi acompanhado? _____

Caso tenha frequentado o jardim infantil:

Nome da instituição: _____

Idade de ingresso: _____

Período de frequência na mesma: _____

Adaptação:

Boa (e.g. satisfação clara, integração fácil das rotinas escolares) ☐

Razoável (e.g. choro ocasional, alguma relutância em relação as rotinas escolares) ☐

Má (e.g. choro frequentemente, recusa do cumprimento das rotinas escolares) ☐

Relação com os colegas:

Boa (e.g. interação frequente, raros conflitos) ☐

Razoável (e.g. interação ocasional, alguns conflitos) ☐

Má (e.g. rara interação, conflitos frequentes) ☐

Relação com o/a Educador(a):

Boa (e.g. aceitação plena das tarefas indicadas, interação frequente) ☐

Razoável (e.g. cumprimento de algumas tarefas indicadas, interação ocasional) ☐

Má (e.g. recusa o cumprimento das tarefas indicadas, rara interação) ☐

Relação com os/as auxiliares (siga por favor os exemplos indicados para o item anterior):

Boa ☐Razoável ☐Má ☐

Outras informações relevantes:

O sempa foi uma criança muito meiga. Tem uma relação muito forte com a prima, com quem partilha muitas brincadeiras e ela sempre vê-lo a "provoca-la" para ir brincar. É muito meiga com as mais pequenas e pede usualmente aos mais velhos para brincar com ela.

MUITO OBRIGADA!

ANEXO II- EXEMPLO DE TESTE DE PERFORMANCE

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
Bolas de Sabão										
1. Desenrosca a tampa do frasco independentemente.						2				
2. Depois da demonstração, faz algumas bolas com êxito.						2				
3. Claramente segue o movimento das bolas com os olhos.						2				
4. Continuamente observa o movimento das bolas ou outro objeto que atravesse a linha de visão.						2				
Blocos de Tato										
5. Examina apropriadamente os blocos.									2	
Caleidoscópio										
6. Olha para o caleidoscópio e gira a peça inferior.							2			
7. Demonstra claro domínio ocular.						2				
Sineta										
8. Orienta-se em relação ao som da sineta.									2	
Campainha										
9. Imitando, toca a campainha duas vezes.							2			
Barro ou plasticina (e 6 cavilhas para os itens 11 e 12)										
10. Fura com o dedo criando amolgadelas.							2			
11. Usa pinça ou tesoura para mover uma cavilha.						2				
12. Depois de ouvir “parabéns a você” simula apagar velas.							2			
13. Mostra satisfação na música cantando ou através de movimentos.							2			
14. Enrola a plasticina num rolo alongado.							2			
Fantoches de cão ou gato										
15. Põe o fantoche na mão e move a sua cabeça e mãos.							2			
16. Imita as ações do dia-a-dia com o fantoche.							2			
17. Aponta para 3 partes do corpo do fantoche.						2				
18. Aponta para 3 partes do seu próprio corpo.						2				
19. Representa história com 2 fantoches.										2
20. Usa imaginação brincando com os fantoches.										
Puzzle de 3 peças geométricas										
Totais da página 2	2	2	4	12	0	16	0	2	2	0
(2) Presente/Adequado	1	1	2	6		8		1	1	
(1) Emergente/Ligeiro	0	0	0	0		0		0	0	
(0) Falha/Severo	0	0	0	0		0		0	0	

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
21. Indica o local correto para 3 formas no puzzle.	2									
22. Encaixa 3 peças no puzzle.						2				
23. Nomeia, círculo, quadrado e triângulo.		2								
24. Ao serem nomeados, seleciona o círculo, o quadrado e o triângulo.			2							
Puzzle de objetos										
25. Põe as peças no puzzle.	2									
26. Cruza a linha média para apanhar as peças.								2		
Puzzle da Luva										
27. Indica os espaços corretos.	2									
28. Encaixa 3 peças corretamente.						2				
29. Nomeia as formas grandes e pequenas.		2								
30. Indica as formas grandes e pequenas.			2							
Puzzle do gato										
31. Indica o local correto das peças.	2									
32. Junta 4 peças do puzzle.						2				
Puzzle da vaca										
33. Junta 6 peças do puzzle.	2									
Quadro de ímanes e puzzle do menino										
34. Monta as 8 peças do puzzle.	2									
Castanholas, sineta e colher										
35. Depois de demonstrado, ativa 3 marcas sonoras.	2									
Meia, copo, escova de dentes, lápis de cor, tesoura, pente e lápis										
36. Nomeia 5 objetos.		2								
Caneca, colher, lápis de cor, pente e tesoura										
37. Demonstra o uso apropriado de 4 objetos.								2		
38. Dá ao examinador 3 objetos, após requisitado.						2				
Livro de imagens, peúga, copo, escova de dentes, colher, tesoura, pente e lápis										
39. Corresponde corretamente 5 objetos às respetivas imagens.	2									
Totais da página 3	16	6	6	6	2	2	0	0	0	0
(2) Presente/Adequado	8	3	3	3	1	1				
(1) Emergente/Ligeiro	0	0	0	0	0	0				
(0) Falha/Severo	0	0	0	0	0	0				

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
40. Reconhece o nome de 3 objetos comuns.										
MeMs										
41. Usa pega em pinça para apanhar MeM.										
Caneca e quaisquer objetos pequenos preferidos										
42. Descobre o objeto que tenha sido completamente escondido.										
Comida ou objeto favorito e 3 canecas opacas										
43. Descobre comida ou objeto favorito escondido dentro de 1 das 3 canecas depois de mexidas.										
Bolsa de algodão contendo colher, bloco, lápis de cor, bola e ficha de poker										
44. Seleciona 4 objetos nomeados, escondidos na bolsa, pelo toque.										
45. Examina e manipula materiais de teste apropriadamente.										
46. Olha para os materiais de teste e ambiente apropriadamente.										
47. Bate palmas.										
48. Mantém-se num só pé.										
49. Gosta do contacto físico do examinador.										
50. Gosta da brincadeira de cócegas com o examinador.										
Toalha de rosto										
51. Inicia a repetição de jogo social.										
52. Inicia interações sociais.										
53. Salta a pés juntos.										
54. Imita 3 movimentos motores simples.										
Escadas (sem corrimão, de preferência)										
55. Sobe as escadas usando os pés alternadamente.										
Caneca e bebida favorita										
56. Bebe da caneca sem entornar.										
Apito										
57. Pára atividade ao ouvir o apito e procura o som.										
Bola de borracha com 15cm										
58. Apanha a bola em pelo menos 1 de 3 tentativas.										
Totais da página 4	6	0	2	2	12	2	4	4	6	0
(2) Presente/Adequado	3		1	1	6	1	2	2	3	
(1) Emergente/Ligeiro	0		0	0	0	0	0	0	0	
(0) Falha/Severo	0		0	0	0	0	0	0	0	

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
59. Atira a bola em pelo menos 1 de 3 tentativas.										
60. Chuta a bola em pelo menos 1 de 3 tentativas.										
61. Utiliza consecutivamente o mesmo pé para chutar a bola ou para iniciar a subida de escadas.										
62. Dá pelo menos 4 passos em frente sem largar a bola.										
63. Puxa a bola intencionalmente para o alvo.										
Atacador (com nó numa ponta)										
64. Brinca com o atacante adequadamente.										2
Contas quadradas e atacante (com nó numa ponta)										
65. Mete uma conta no atacante.										
66. Move as contas no atacante como um pêndulo.										
Contas quadradas e limpador de cachimbo (aprox. 25cm)										
67. Usando as mãos cooperativamente, retira 6 contas.										
68. Usa ambas as mãos cooperativamente.										
69. Transfere objetos entre as mãos.										
Caderno de resposta e lápis de cor										
70. Rabisca espontaneamente.										
71. Demonstra clara tendência da mão: Dir. X Esq. ____										
72. Traça 3 formas.										
73. Copia linha vertical.										
74. Copia círculo.										
75. Copia quadrado.										
76. Copia triângulo.										
77. Copia diamante.										
78. Colora dentro dos limites.										
79. Copia 7 letras corretamente.										
80. Desenha uma pessoa (critério no Guia para a Administração do item).										
81. Escreve o nome próprio.										
Papel e tesoura										
Totais da página 5	15	0	0	11	16	0	0	0	2	0
(2) Presente/Adequado	7			5	8				1	
(1) Emergente/Ligeiro	1			1	0				0	
(0) Falha/Severo	0			0	0				0	

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
82. Corta papel com tesoura.										2
Livro de imagens										
83. Mostra interesse no livro de imagens.		2								
84. Pantomima o uso correto de 5 objetos.		2								
85. Aponta para 14 de 20 imagens quando nomeadas. (utilização de Pontos Secção 8)										2
86. Nomeia 14 de 20 imagens corretamente. (utilização de Pontos Secção 8)										2
87. Produz uma frase apropriada de 4 a 5 palavras.										2
Letras do loto (H, J, V, Z, U, E, Y, S, G)										
88. Identifica 9 letras corretamente.										2
89. Nomeia 9 letras corretamente.										1
Livro de imagens e 9 letras do loto										
90. Corresponde 9 letras.										2
Livro de imagens										
91. Lê os números de 1 a 10 corretamente.										2
92. Lê 3 palavras.										2
93. Lê uma frase curta corretamente. (utilização de Pontos Secção 8)										0
94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros. (utilização de Pontos Secção 8)										0
95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente. (utilização de Pontos Secção 8)										0
Livro de imagens, bola pequena e caixa de seleção										
96. Lê frase e segue as direções.										0
Blocos e caixa de seleção										
97. Põe 1 bloco na caixa.										2
98. Põe os blocos na caixa, um de cada vez.										2
Blocos pequenos										
99. Empilha 8 blocos.										2
Caneca e blocos										
100. Segue direções de 2 passos										2
8 Blocos da mesma cor										
Totais da página 6	6	9	6	6	0	0	0	2	0	0
(2) Presente/Adequado	3	4	3	3				1		
(1) Emergente/Ligeiro	0	1	0	0				0		
(0) Falha/Severo	0	4	0	0				0		

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
101. Dá ao examinador 2 blocos e 6 blocos corretamente.			2							
7 Blocos da mesma cor										
102. Conta 2 e 7 blocos.		2								
103. Conta alto de 1 a 10.		2								
6 Blocos da mesma cor, 6 fichas de poker pretas e 2 caixas de seleção										
104. Separa blocos e fichas de poker.		2								
Livro de imagens e 5 blocos coloridos (amarelo, vermelho, azul, verde, branco)										
105. Corresponde corretamente 5 blocos aos círculos por cor.		2								
106. Nomeia 5 cores.			2							
107. Aponta para 5 cores ao serem nomeadas.										2
Cartas de categoria										
108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração.		1								
109. Responde à imitação das suas ações.		2								
110. Responde à imitação do seu som.		2								
111. Repete 3 sons feitos pelo examinador.		2								
112. Repete 2 dígitos.		2								
113. Repete 3 dígitos.		1								
114. Repete 2 palavras.		2								
115. Repete 2 frases compostas por 3 a 4 palavras.		2								
116. Quando interpelado, olha diretamente para a cara do examinador.								2		
117. Não repete inapropriadamente palavras ou frases.										2
Comida, pequeno prato e caneca com sumo										
118. Pede comida ou bebida.		2								
119. Demonstra algum entendimento das distinções em pronomes pessoais.			2							
Bolachas, blocos e canecas										
120. Produz 2 nomes no plural.		2								
Sumo, 2 canecas, bolachas, e peluche de animal										
121. Produz 1 pronome.		2								
Totais da página 7	18	12	6	0	0	0	0	2	0	2
(2) Presente/Adequado	8	6	3					1		1
(1) Emergente/Ligeiro	2	0	0					0		0
(0) Falha/Severo	0	0	0					0		0

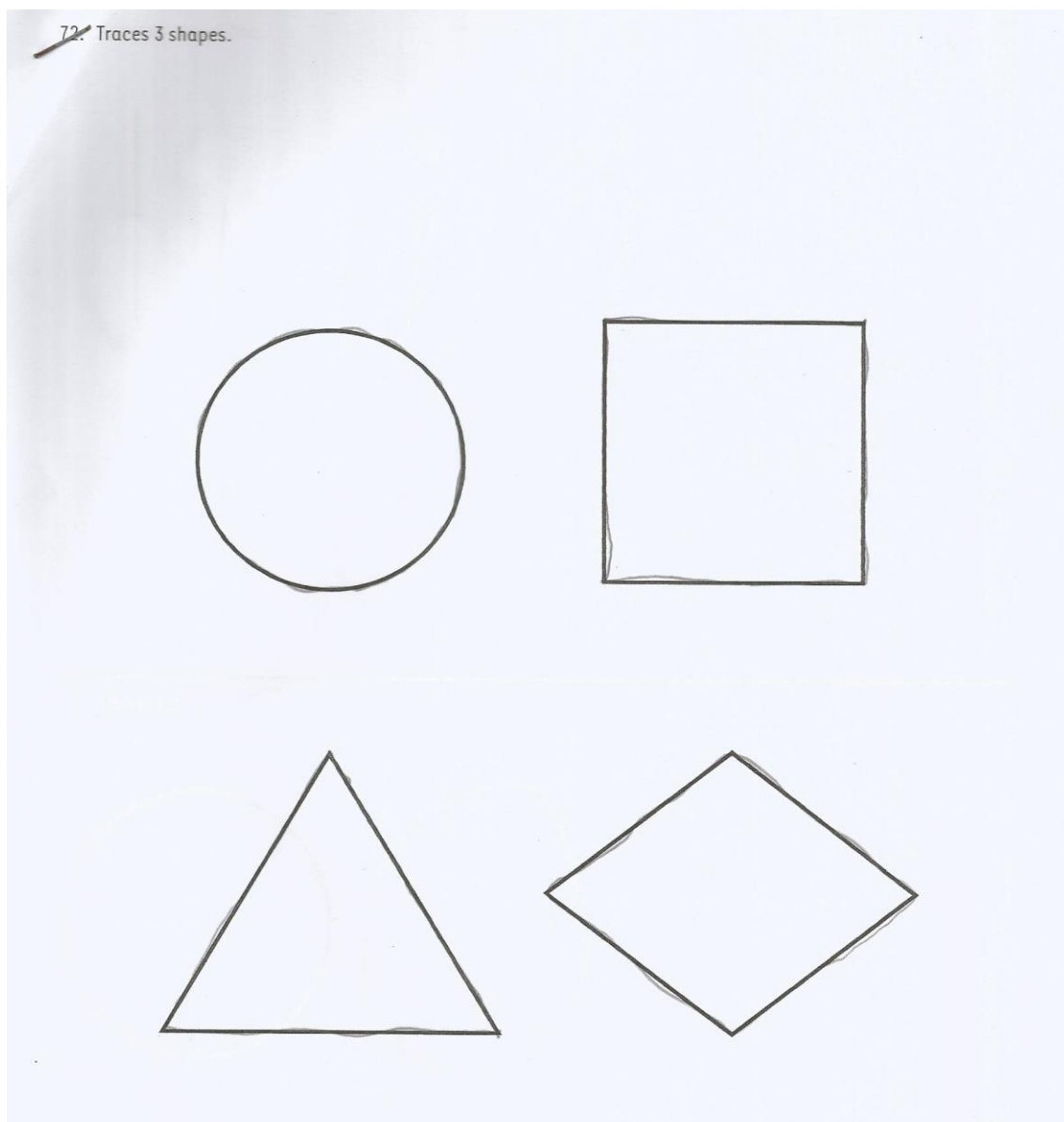
Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
Sumo, caneca, bolacha, pente e bolhas de sabão										
122. Produz 3 frases apropriadas, de 2 palavras.		2								
Bola pequena, caneca, fantoche de cão, saco de algodão e caixa										
123. Segue 4 direções compostas de 1 a 2 passos.			2							
Interruptor de luz										
124. Acende e apaga o interruptor.							2			
125. Responde consistentemente aos gestos.			2							
126. Pára a atividade perante a voz "Não!" ou "Pára com isso!"			2							
127. Pára a atividade ao ser chamado pelo nome.			2							
128. Compreende o comando simples "Vem cá!"			2							
129. Pronuncia o seu nome quando pedido.		2								
130. Pronuncia o seu género quando pedido.		2								
131. Compreende 3 verbos de ação.			2							
132. Usa pronomes corretamente.		2								
133. Responde a perguntas.			1							
134. Segue 3 comandos compostos de 1 ação.	2									
135. Usa a informação visual apropriadamente.									2	
136. Brinca sozinho, de forma adequada com a idade.									2	
137. Explora o ambiente de testes apropriadamente.									2	
138. Ouve o examinador e sons produzidos apropriadamente.									2	
139. Examina texturas utilizando comportamentos apropriados.									2	
140. Prova comida durante as sessões de teste e não coloca na boca ou lambe inapropriadamente os brinquedos.									1	
141. Demonstra interesse apropriado nos cheiros.									1	
142. Completa a maioria das tarefas apropriadas à idade.									2	
143. Utiliza palavras ou gestos para pedir ajuda.		2								
144. Não repete inapropriadamente palavras ou frases ouvidas recentemente.										2
145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente.										1
146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais.										1
Totais da página 8	2	10	13	2	0	0	0	0	14	4
(2) Presente/Adequado	1	5	6	1					6	1
(1) Emergente/Ligeiro	0	0	1	0					2	2
(0) Falha/Severo	0	0	0	0					0	0

Item	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
147. Raramente produz sons incompreensíveis ou sem sentido.										2
148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros.										1
149. Não utiliza linguagem idiossincrática ou calão.										2
150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade.										1
151. Demonstra uma comunicação espontânea apropriada à idade.										1
152. Comunica espontaneamente com o examinador.										2
153. Mantém conversa por mais que uma sucessão alternada.										2
154. Tenta cooperar com os pedidos do examinador.								2		
155. Utiliza sintaxe apropriada à idade.		1								
156. Utiliza expressões faciais para mostrar os sentimentos.							2			
157. Demonstra sentimentos através das posturas corporais.							2			
158. Expressa emoções apropriadas durante a sessão de teste.							2			
159. Demonstra afeto apropriado durante a sessão de teste.							2			
160. Demonstra um nível apropriado de medo durante a sessão de teste.							1			
161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade.							1			
162. Alterna tarefas com facilidade.									2	
163. Utiliza a tentativa / erro no raciocínio para se corrigir.							2			
164. Trabalha nas tarefas apropriadas de desenvolvimento com persistência.							2			
165. Demonstra interesse e habilidade especial ao examinador.							2			
166. Faz contacto visual durante a sessão de teste.								2		
167. Reconhece a voz do examinador através de ações.								2		
168. Procura ajuda do examinador quando apropriado.								2		
169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade.									1	
170. Responde apropriadamente ao examinador, fazendo contacto visual, ouvindo e sorrindo.								2		
171. A performance da criança é afetada por recompensas tangíveis.								2		
172. A performance da criança é afetada por louvor social.								2		
Totais da página 9	0	1	0	0	0	0	16	14	3	11
(2) Presente/Adequado		0					7	7	1	4
(1) Emergente/Ligeiro		1					2	0	1	3
(0) Falha/Severo		0					0	0	0	0

	CV	LE	LR	MF	MG	IVM	EA	RS	CMC	CVC
Totais da página 9	0	1	0	0	0	0	16	14	3	11
Totais da página 8	2	10	13	2	0	0	0	0	14	4
Totais da página 7	18	12	6	0	0	0	0	2	0	2
Totais da página 6	6	9	5	6	0	0	0	2	0	0
Totais da página 5	15	0	0	11	16	0	0	0	2	0
Totais da página 4	6	0	2	2	12	2	4	4	6	0
Totais da página 3	16	6	6	6	2	2	0	0	0	0
Totais da página 2	2	2	4	12	0	16	0	2	2	0
Scores Brutos	65	40	36	39	30	20	20	24	27	17

ANEXO III – EXEMPLO DOS ITENS GRAFOMOTORES DO TESTE DE PERFORMANCE

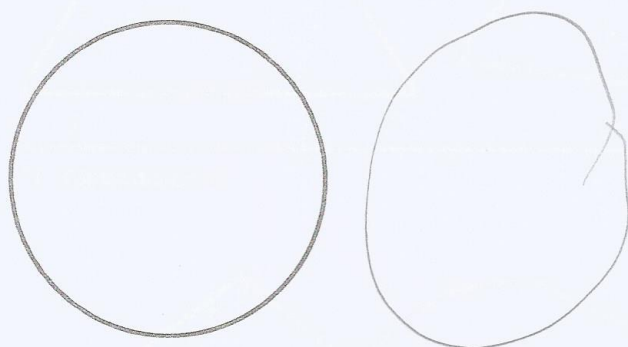




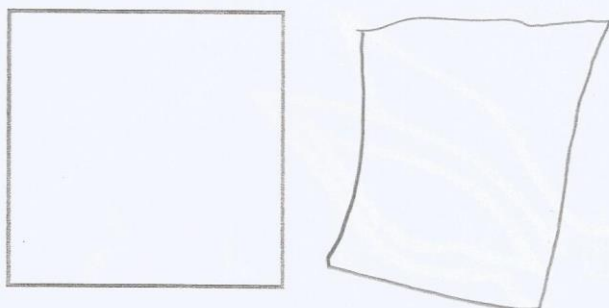
73. Copies vertical line.



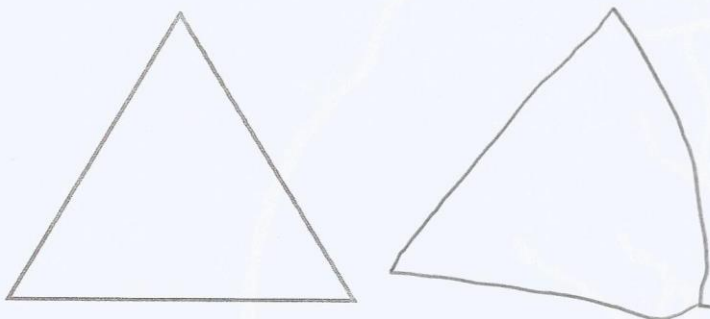
74. Copies circle.



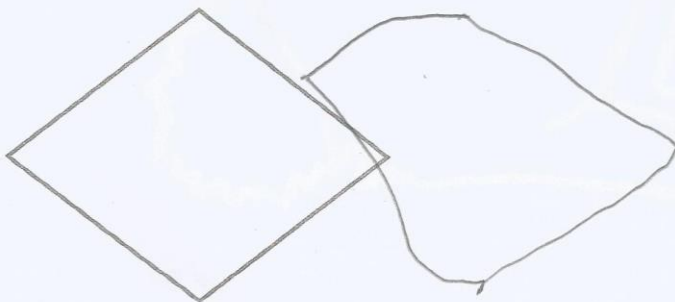
75. Copies square.



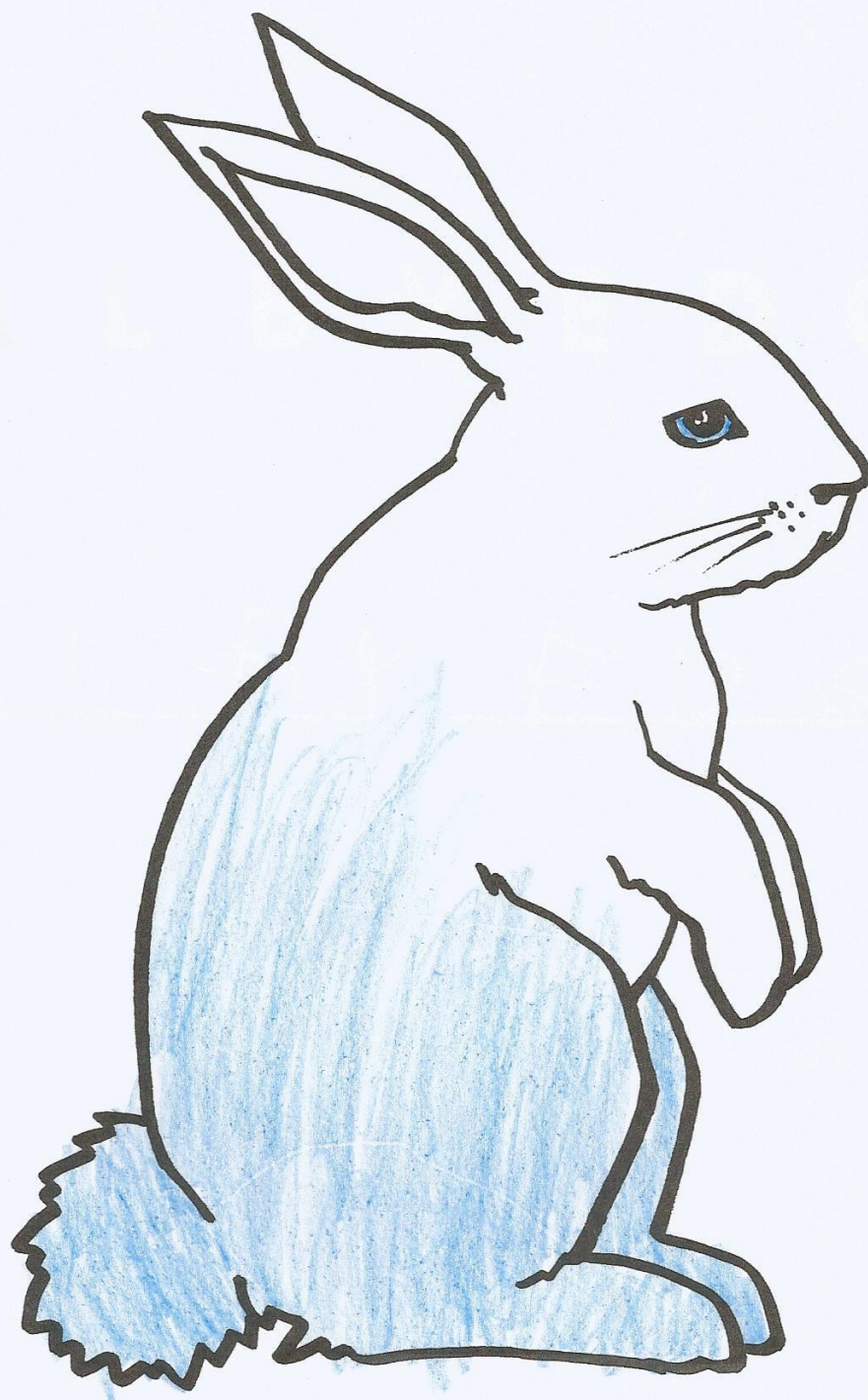
76. Copies triangle.



77. Copies diamond.



78. Colors in lines.

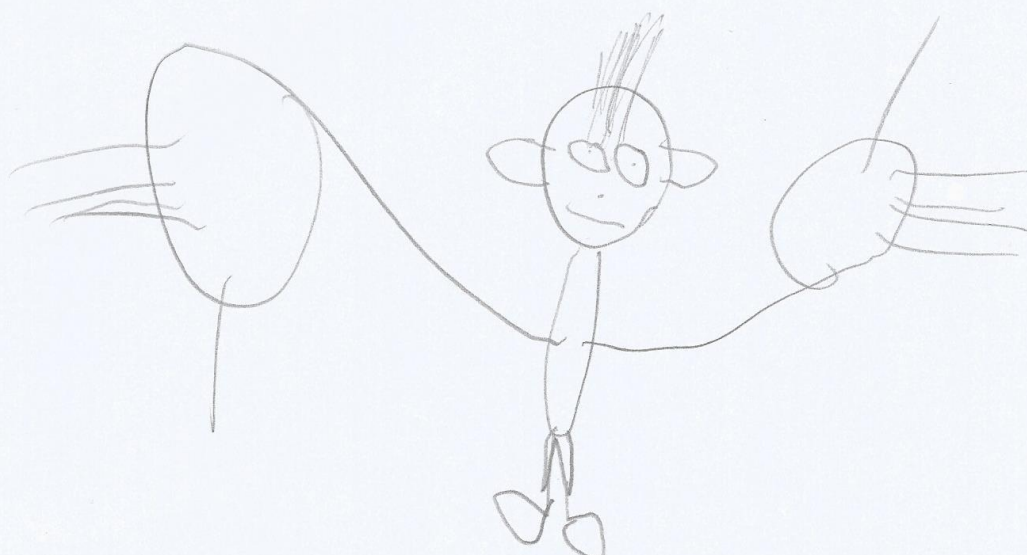


79: Copies 7 letters correctly.

A L B Y E D G

A L B Y E D G

80.* Draws a person with head, body, arms, legs, and one facial detail.



81. Writes first name.

AFON/So

ANEXO IV – EXEMPLO DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR

PEP- 3: Perfil Psicoeducacional Formulário para o Cuidador

Nome da criança: / Criança A.

Masculino

Data de Avaliação: 25/02/2013

A

☐

Feminino

☒

Preenchido por: I Mãe do A.

Instruções: Este formulário de observação contém as seguintes secções: (1) Comportamentos problemáticos, (2) Cuidado Pessoal e (3) Comportamento Adaptativo. Quando estiver a fornecer a informação pedida neste formulário, por favor utilize o seu melhor julgamento. Alguma da informação pedida poderá ser difícil de facultar, pois pode ainda não ter pensado em alguns destes assuntos. O melhor que conseguir, baseie as suas respostas nas suas observações mais recentes do que o seu filho/a é capaz de fazer.

1. Problemas Comportamentais

Instruções: A maioria das crianças demonstra problemas comportamentais. Por favor assinale o grau no qual os seguintes comportamentos são um problema para seu filho, assinalando com uma cruz antes da frase que melhor descreve esse problema.

1. Demonstra défice no contacto ocular, expressões faciais e comunicação por gestos.

☒ Não é um problema ☐ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

2. Tem atraso na linguagem ou não fala.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos nos focos.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos.

☐ Não é um problema ☒ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros.

☒ Não é um problema ☐ Problema ligeiro/moderado ☐ Problema severo

1. Cuidado Pessoal

Instruções: Após ler cada questão, marque com uma cruz a frase que melhor descreve o comportamento atual da criança.

1. Durante as refeições, o seu filho pega, mastiga e engole pequenos pedaços de comida?

☒ Come pequenos pedaços de comida, mastiga e engole sem nenhum problema.
☐ Tem problemas em comer pequenos pedaços, em mastigar e engolir comida.
☐ Não come pequenos pedaços, não mastiga nem engole a comida.

2. Durante as refeições, o seu filho demonstra capacidades de pegar no copo com uma mão e beber sem entornar?

☒ Bebe do copo, usando uma mão sem entornar.
☐ Bebe do copo, desajeitadamente e entorna um pouco.
☐ Precisa de ajuda para beber do copo.

3. Durante as refeições, o seu filho utiliza a colher e o garfo sem ajuda?

☒ Come usando o garfo e a colher de forma adequada, apesar de entornar um pouco.
☐ Come utilizando pelo menos um dos utensílios com algum sucesso.
☐ Não utiliza nenhum utensílio para comer.

4. Durante as refeições, o seu filho demonstra capacidade de pegar num pequeno recipiente que contenha um líquido e vazá-lo para um copo, sem entornar?

☒ Vaza o líquido para o copo entornando pouco.
☐ Tenta vazar o líquido para um copo entornando um pouco.
☐ Não tenta, ou entorna a bebida por todo o lado.

5. Depois das refeições, o seu filho consegue lavar as mãos e a cara?

☒ Lava as mãos e a cara com sabonete e água sem ajuda de um adulto.
☐ Tenta lavar a cara e as mãos com ajuda de um adulto.

_____ Não tenta ou não consegue.

6. O seu filho consegue tomar banho sem a sua ajuda?

_____ Lava-se no banho ou duche, sem ajuda.

☒ Tenta lavar-se no banho ou duche, mas precisa de ajuda de um adulto.

_____ Não tenta ou não consegue.

7. Após as refeições, o seu filho consegue lavar os dentes sem a sua ajuda?

☒ Lava os dentes sem ajuda de adultos.

_____ Tenta lavar os dentes sozinho, mas precisa de ajuda de um adulto.

_____ Não tenta lavar os dentes sozinho ou não consegue lavar os dentes sozinho.

8. O seu filho consegue despir-se sem a sua ajuda?

☒ Despe-se completamente sem ajuda de nenhum adulto.

_____ Tenta despir-se sozinho, mas precisa de alguma ajuda de um adulto.

_____ Não se despe sem a ajuda maioritária de um adulto.

9. O seu filho consegue vestir-se completamente, incluindo apertar os atacadores, sem a sua ajuda?

_____ Veste-se completamente, incluindo apertar os atacadores, sem a ajuda de um adulto.

☒ Tenta vestir-se sozinho, mas precisa de alguma ajuda de um adulto.

_____ Não se veste sem a ajuda maioritária de um adulto.

10. O seu filho é capaz de escolher roupa apropriada para vestir no dia-a-dia? Em particular, é capaz de escolher a roupa adequada às condições do tempo e às atividades do dia-a-dia?

_____ Escolhe de forma autónoma a roupa adequada ao tempo e às atividades do dia-a-dia.

_____ Escolhe a roupa, mas precisa da ajuda de um adulto para selecionar a roupa adequada.

☒ Não escolhe roupa autonomamente.

11. O seu filho consegue utilizar a casa de banho, satisfazendo as suas necessidades fisiológicas sem acidentes?

☒ Usa a casa de banho, para aliviar as suas necessidades fisiológicas, sem ajuda de adultos e tem menos de dois acidentes por semana.

_____ Usa a casa de banho para aliviar suas necessidades fisiológicas, com alguma ajuda de um adulto e tem mais de dois acidentes por semana.

_____ Não utiliza a casa de banho de forma autónoma.

12. O seu filho lembra-se onde estão os seus brinquedos e objetos mais comuns?

☒ Lembra-se da localização dos seus brinquedos e dos objetos mais comuns.

_____ Com prática consegue lembrar-se a localização de alguns objetos mais comuns.

_____ Não se lembra da localização dos objetos comuns.

13. O seu filho costuma dormir a noite toda?

☒ Normalmente dorme toda a noite.

_____ Às vezes dorme toda a noite.

_____ Raramente dorme toda a noite.

3. Comportamento Adaptativo

Instruções: Após ler cada questão, marque com uma cruz a frase que melhor descreve o comportamento atual do seu filho.

1. **O seu filho muda regularmente de atividades durante o dia? O seu filho cansa-se de uma atividade e começa outra com alguma ajuda sua?**
☒ Muda de atividades regularmente durante o dia.
☐ Ocasionalmente tenta novas atividades durante o dia.
☐ Prefere repetir a mesma atividade vezes sem conta.
2. **O seu filho olha regularmente para outras pessoas no seu ambiente? O seu filho olha as faces dos outros quando está ou estão a falar para ele?**
☒ Faz regularmente contacto ocular com os outros.
☐ Faz ocasionalmente contacto ocular com os outros.
☐ Evita ativamente o contacto ocular.
3. **O seu filho reage positivamente a um abraço seu? O seu filho abraça espontaneamente os outros?**
☒ Usualmente responde de forma positiva a um abraço por parte de um adulto familiar.
☐ Ocasionalmente responde de forma positiva a um abraço por parte de um adulto familiar.
☐ Reage negativa ou passivamente a um abraço de um adulto familiar.
4. **O seu filho mostra-se regularmente interessado em saber o que está a ocorrer ao seu redor? O seu filho dirige-se de forma espontânea para atividades interessantes e tenta participar nelas?**
☐ Interessa-se regularmente pelo que o rodeia e mantém-se “ligado” com o que está a acontecer à sua volta.
☒ Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente.
☐ Não demonstra interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço que o envolve.
5. **O seu filho olha regularmente para as outras crianças presentes no seu ambiente imediato? O seu filho aproxima-se espontaneamente das crianças da sua idade e tenta brincar com elas?**
☒ Regularmente aproxima-se das crianças da sua idade e tenta brincar com elas.
☐ De tempos a tempos procura as crianças da sua idade para brincar.
☐ Normalmente brinca sozinha.
6. **Normalmente, o seu filho participa em novas atividades que lhe são apresentadas? O seu filho inicia diferentes experiências com alguma hesitação ou algum problema?**
☐ Não hesita em participar em novas atividades.
☒ Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade.
☐ Normalmente fica perturbado quando os seus comportamentos auto-dirigidos são interrompidos.
7. **O seu filho aparenta estar a aprender novas capacidades a um ritmo acelerado? Nota que o seu filho demonstra regularmente novas capacidades?**
☒ Regularmente aprende novas capacidades.
☐ Ocasionalmente aprende novas capacidades.

_____ Raramente aprende novas capacidades e regularmente está envolvido em comportamentos ritualizados.

8. O seu filho permanece envolvido nos acontecimentos do dia-a-dia? O seu filho parece estar em contacto com a realidade, ao contrário de estar ausente ou fora dela a maioria do tempo?

_____ Regularmente permanece física e mentalmente envolvido com o que o rodeia.

__X__ Normalmente permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente.

_____ Autoestimula-se regularmente e não está envolvido com o meio que o rodeia.

9. O seu filho regularmente joga com brinquedos de forma imaginativa? O seu filho dá características humanas aos brinquedos durante a brincadeira?

__X__ Regularmente joga de forma imaginativa com os brinquedos.

_____ Ocasionalmente joga de forma imaginativa com os brinquedos.

_____ Não joga imaginativamente, parece estar obcecado com as partes dos brinquedos ou objetos.

10. O seu filho utiliza o bom senso quando está a participar em atividades e evita acidentes ou lesões? Ele abstém-se de morder-se ou bater-se, quando está perturbado ou frustrado?

__X__ Brinca de forma cuidadosa e evita lesões.

_____ Brinca de forma desajeitada e tem algumas lesões ocasionais.

_____ Regularmente bate-se ou morde-se quando está frustrado.

11. O seu filho está em pé ou sentado sem fazer movimentos estranhos, tais como balançar-se, agitar as mãos e *posturing*?

__X__ De pé fica ereto e senta-se direito sem movimentos estranhos.

_____ Usualmente fica ereto e senta-se direito, quando está cansado faz ocasionalmente movimentos estranhos.

_____ Faz frequentemente movimentos estranhos, quando está sentado ou em pé.

12. O seu filho direciona a sua atenção para as suas conquistas?

__X__ Dirige consistentemente a minha atenção para as suas habilidades.

_____ Demonstra um orgulho limitado ou inconsistente nas suas habilidades.

_____ Não tem orgulho nas suas habilidades.

13. O seu filho brinca com outras crianças?

__X__ Responde e brinca com outras crianças.

_____ Responde à presença de outra criança.

_____ Demonstra não ter interesse na presença de outra criança.

14. O seu filho desloca-se de uma divisão familiar para outra durante o dia sem a sua ajuda?

__X__ Anda de divisão em divisão sem constante supervisão de atividades.

_____ Desloca-se inconsistentemente de divisão em divisão e precisa de supervisão constante.

_____ É inconsciente do ambiente que o envolve e requer assistência para mover-se entre divisões para as diferentes atividades.

15. O seu filho anda no passeio e pára nos cruzamentos?

☐ Anda no passeio, pára nos cruzamentos e espera que você o ajude a passar a estrada.

☒ Anda no passeio, mas tem de ser parado por si nos cruzamentos.

☐ Desconhece o comportamento adequado a ter quando anda no passeio.

ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Intervenção Psicomotora em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo – Estudos-caso

Enquadramento: Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Rodrigues, com vista à obtenção do grau Mestre em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana e da autoria de Alexandra Monteiro Matos Ferreira.

Explicação do estudo

A presente investigação assenta no estudo de três crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) para que, através da aplicação de um instrumento de avaliação e de um plano de intervenção, se possa fundamentar os contributos da Intervenção Psicomotora nesta problemática.

Para tal, será realizada um questionário escrito à família, com vista a recolher dados relativos à identificação de cada elemento do agregado familiar (e.g. idade, profissão) e à história de desenvolvimento da criança em estudo (e.g. primeiras aquisições, intervenções anteriores e atuais). Para além disto, será necessário a aplicação de uma escala de avaliação Psicoeducacional (PEP-3), que abarca um formulário escrito para aplicar à família e um teste de performance de aplicação à criança. O primeiro pretende recolher informações acerca do desenvolvimento da criança, baseadas nas observações diárias do cuidador; contém duas secções onde deve ser estimado o nível de desenvolvimento atual da criança em diversas áreas, as categorias de diagnóstico e o grau do problema. Adicionalmente inclui três subtestes que avaliam os comportamentos problemáticos, o cuidado pessoal e o comportamento adaptativo.

O teste de performance baseia-se em tarefas simples e não intrusivas que pretendem determinar as competências emergentes e as características comportamentais da criança, tal como os desequilíbrios no desenvolvimento psicomotor. Assim, centra-se na avaliação de três áreas globais do desenvolvimento, nomeadamente a comunicação, o comportamento motor e o comportamento desadaptativo, subdivididas em dez subescalas, entre as quais, cognição verbal / pré-verbal, linguagem expressiva, linguagem recetiva, motricidade fina, motricidade global, imitação visuo-motora, expressão afetiva, reciprocidade social, comportamento motor característico e comportamento verbal característico. As tarefas do instrumento são cotadas numa escala de zero a dois, sendo que o primeiro valor indica que a criança falhou na tarefa, o valor um é atribuído as habilidades emergentes e o valor dois às presentes e adequadas.

A aplicação será individual e realizada pela autora do estudo, ocorrendo duas vezes, uma primeira no início da investigação (no mês de fevereiro – avaliação inicial) e uma segunda no final da aplicação do plano de intervenção (nos meses junho e julho)

– avaliação final). Cada uma das avaliações decorrerá em cinco sessões de 60 minutos numa sala do Externato João XXIII. O plano de Intervenção Psicomotora terá por base os resultados obtidos na avaliação inicial, sendo estabelecido no mesmo os objetivos a atingir, as atividades a desenvolver e as estratégias a utilizar. O mesmo será aplicado de março a junho, em sessões bissemanais de 60 minutos.

Condições e Confidencialidade: A participação no estudo é de carácter voluntário, o que garante a ausência de prejuízos em caso de desistência. Será necessário recolher imagens e vídeos aquando o decorrer do estudo para efeitos de revisão das performances dos indivíduos. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para a investigação, sendo garantida a confidencialidade das informações prestadas e o anonimato dos mesmos.

Autora: Alexandra Monteiro Matos Ferreira, Psicomotricista na Associação de Atividade Motora Adaptada

Contactos: 9148356650, m.m.f.alexandra@live.com.pt

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO VI – EXEMPLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ASSINADO

global, imitação visuo-motora, expressão afetiva, reciprocidade social, comportamento motor característico e comportamento verbal característico. As tarefas do instrumento são cotadas numa escala de zero a dois, sendo que o primeiro valor indica que a criança falhou na tarefa, o valor um é atribuído as habilidades emergentes e o valor dois às presentes e adequadas.

A aplicação será individual e realizada pela autora do estudo, ocorrendo duas vezes, uma primeira no início da investigação (no mês de fevereiro – avaliação inicial) e uma segunda no final da aplicação do plano de intervenção (nos meses junho e julho – avaliação final). Cada uma das avaliações decorrerá em cinco sessões de 60 minutos numa sala do Externato João XXIII. O plano de intervenção psicomotora terá por base os resultados obtidos na avaliação inicial, sendo estabelecido no mesmo os objetivos a atingir, as atividades a desenvolver e as estratégias a utilizar. O mesmo será aplicado de março a junho, em sessões bissemanais de 60 minutos.

Condições e Confidencialidade: A participação no estudo é de carácter voluntário, o que garante a ausência de prejuízos em caso de desistência. Será necessário recolher imagens e vídeos aquando o decorrer do estudo para efeitos de revisão das performances dos indivíduos. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para a investigação, sendo garantida a confidencialidade das informações prestadas e o anonimato dos mesmos.

Autora: Alexandra Monteiro Matos Ferreira, Psicomotricista na Associação de Atividade Motora Adaptada

Contactos: 9148356650, m.m.f.alexandra@live.com.pt

Assinatura: Alexandra Monteiro Matos Ferreira

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: Tina Maria de Almeida Pereira

Assinatura: Tina Maria de Almeida Pereira

Data: 26/3/2014

ANEXO VII – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA A. REVELOU DIFICULDADE (AVALIAÇÃO INICIAL)

Subáreas	Tarefas
CV	77. Copia um diamante
	108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração
	113. Repete 3 dígitos
LE	89. Nomeia 9 letras corretamente
	93. Lê uma frase curta corretamente
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente
	96. Lê frase e segue as direções
	155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
LR	88. Identifica 9 letras corretamente
	133. Responde a perguntas
MF	78. Colora dentro dos limites
EA	160. Demonstra um nível apropriado de medo durante a sessão de teste
	161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade
CMC	140. Prova comida durante as sessões de teste e não coloca na boca ou lambe inapropriadamente os brinquedos
	141. Demonstra interesse apropriado nos cheiros
	169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade
CVC	145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente
	146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais
	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros
	150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
	151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade

ANEXO VIII – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR EM QUE A CRIANÇA A. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO INICIAL)

Área	Item
Problemas de Comportamento	2. Tem atraso da linguagem ou fala.
	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no focos.
	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade.
	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros.
	6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais.
	7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais.
	8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar.
	9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos.
Autonomia	6. Tenta lavar-se no banho mas precisa de ajuda de um adulto.
	9. Tenta vestir-se sozinho, mas precisa da ajuda de um adulto.
	10. Não escolhe roupa autonomamente.
Comportamento Adaptativo	4. Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente.
	6. Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade.
	8. Normalmente, permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente.
	15. Anda no passeio, mas tem de ser parado por si nos cruzamentos.

ANEXO IX – CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

CRIANÇA A.

abril	maio	junho
1	6	3
8	13	17
15	20	24
22	27	
29		

CRIANÇA J.

abril	maio	junho
4	2	6
8	6	13
11	9	17
15	16	20
18	20	24
22	23	27
	27	

CRIANÇA R.

abril	maio	junho
9	2	4
11	7	13
18	16	18
30	23	

ANEXO X - EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO DA CRIANÇA A.

Atividade	Domínio	Descrição	Objetivo	Estratégias	Material	Tempo
Jogos das formas e cores	Cognição	Organizar figuras pelos grupos indicados verbalmente (tamanho, cor e forma); organizar as formas pelos grupos consoante o som emitido pela terapeuta (tambor-agrupamento por tamanhos; palma – agrupamento por formas). Caso obtenha sucesso na tarefa, será acrescentado o som da maraca para a organização por cores.	Identificar à primeira tentativa, pelo menos, dois dos possíveis grupos a formar, selecionando corretamente as formas; Memorizar, pelo menos, uma associação entre o som e o tipo de grupo a formar, organizando corretamente as formas.	Instrução verbal Pistas e ajuda verbal Feedback Reforço Verbal Positivo	Diferentes formas de cores e tamanhos distintos (2 estrelas, 2 luas, 2 setas, 2 corações, 2 nuvens e 2 raios)	15'
O Loto da Leitura	Comunicação e Linguagem Leitura	Juntar as sílabas de forma a formar palavras (bola, pato, copo, banana, gato, cavalo e meia) e associar ao objeto correspondente. Primeiramente a criança deve nomear as letras e as sílabas e, posteriormente, faz a junção silábica e a associação ao objeto correspondente.	Nomear as todas as letras (A, E, I, O, B, T, C, P, V, L, N e G); Nomear, pelo menos, 5 das 14 sílabas (BO, LA, PA, TO, CO, PO, BA, NA, GA, CA, VA, LO, ME e IA); Juntar as sílabas e associar corretamente, pelo menos, 4 palavras aos objetos correspondentes.	Instrução verbal Pistas e ajuda verbal na leitura e junção silábica Feedback Reforço Verbal Positivo	Objetos (bola, pato, copo, carro, banana, gato, cavalo e meia) Sílabas em papel (BO, LA, PA, TO, CO, PO, BA, NA, GA, CA,	20'

					VA, LO, ME e IA)	
Enfrenta os perigos e entrega o tesouro	Competências Sociais	Percorrer caminho (pedras do rio – blocos no chão; ponte – trave; caverna – túnel e outra ponte – corda no chão) e levar o tesouro (sacos de feijão). A criança e o terapeuta percorrem o caminho juntos (um à frente do outro), tendo de se ajudar mutuamente; quando caem, têm ao início do circuito;	Deslocar-se pelo circuito segundo as instruções, cumprindo as regras: pisar cada bloco com 1 pé, andar de frente na trave, rastejar no túnel e andar com passos à bebé em cima da corda; Ajudar o outro a percorrer o caminho, apoiando-o quando se está a desequilibrar e dando-lhe, pelo menos, duas indicações espontâneas sobre a sua performance.	Instrução verbal Pistas e ajuda verbal Feedback Reforço Verbal Positivo	5 Blocos Trave Túnel Corda Sacos de feijão	15'
Conversa Final	Comunicação e Linguagem	Dialogo com a terapeuta sobre o decorrer da sessão.	Descrever o que aconteceu na sessão, utilizando no mínimo 20 palavras; Manter a conversa por duas ou mais sucessões alternadas; Utilizar uma sintaxe, entoação e velocidade adequadas, isto é, organizar o discurso de forma coerente e compreensível em pelo menos 15 palavras.	Instrução verbal Pistas e ajuda verbal Correção verbal do discurso Feedback Reforço Verbal Positivo	-	10'

ANEXO XI – PLANO TERAPEUTICO DA CRIANÇA A.

Domínio	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
Comportamento	Fomentar o comportamento adaptativo	Melhorar a adaptação à novidade	1. O A. deve ser capaz de provar dez diferentes alimentos, sem que os deite fora ou demonstre relutância excessiva, não recusando mais de 2 minutos a sua ingestão;
		Reduzir comportamentos de oposição	2. O A. deve ser capaz de mudar de atividade e de aderir a atividades diferentes sem se opor de modo excessivo, não recusando mais de 2 minutos a realização da mesma após a instrução;
	Desenvolver o comportamento motor característico	Diminuir os movimentos estereotipados de bater no peito e mesa	3. O A. deve ser capaz de se manter durante o tempo de sessão (60 minutos) sem realizar o movimento estereotipado de bater no peito, podendo realizar uma vez o de bater na mesa;
Comunicação e Linguagem	Maximizar o comportamento verbal característico	Melhorar a velocidade, entoação e articulação no discurso	4. O A. deve ser capaz de comunicar verbalmente com uma velocidade, entoação e articulação apropriadas, pelo que deve falar menos de 2 vezes com entoações inapropriadas em cada sessão (e.g. imitar animais ou monstros), com velocidades elevadas que levem a que não seja compreendido o que quer expor e com uma articulação desajustada para a idade;
	Fomentar a linguagem recetiva e expressiva	Aumentar a comunicação espontânea	5. O A. deve ser capaz de comunicar espontaneamente com o terapeuta pelo menos duas vezes por sessão, construindo frases de, pelo menos, 10 palavras onde expõe ideias e opiniões sobre as atividades pedidas;
		Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário	6. O A. deve ser capaz de descrever o que realizou antes e em cada sessão de intervenção, utilizando, pelo menos, 20 palavras, indicando a ordem correta dos acontecimentos, os materiais utilizados e como decorreu a sua realização;

			7. O A. deve ser capaz de contar uma história com, pelo menos, 20 palavras, onde se inclui o nome da história, nome dos personagens e locais onde vão.
		Adquirir a compreensão e resposta a perguntas	8. O A. deve ser capaz de responder corretamente a perguntas simples iniciadas com como, quando e onde, i.e., em que a resposta seja uma frase curta (e.g. o João; à tarde; no quarto) à primeira tentativa;
		Melhorar a sintaxe verbal	9. O A. deve ser capaz de contar histórias, ordenando adequadamente os acontecimentos e as palavras nas ideias que quer transmitir; a criança deve contar, pelo menos, 2 histórias com quatro sequências de acontecimentos;
		Aumentar o número de letras nomeadas	10. O A. deve ser capaz de nomear e identificar corretamente todas as letras do alfabeto português;
Leitura	Melhorar a leitura	Iniciar a leitura e escrita de palavras pelo método fónico	11. O A. deve ser capaz de ler e escrever, pelo menos, 10 palavras de duas sílabas, através do método fónico da leitura;
Cognição	Fomentar a cognição verbal e pré-verbal	Compreender a noção de grupo	12. O A. deve ser capaz de, partindo de uma instrução verbal, agrupar vários objetos diferentes nos seus grupos, tendo em conta características como a cor, forma, tamanho, função e categoria;
		Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva	13. O A. deve ser capaz de repetir, à primeira tentativa, três dígitos, letras e objetos verbalizados pela terapeuta em dois tempos distintos, no momento seguinte à verbalização dos dígitos e após um período de, sensivelmente, dois minutos;
Motricidade	Desenvolver a motricidade fina	Melhorar a pega do lápis	14. O A. deve ser capaz de agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio;
		Pintar dentro dos limites	15. O A. deve ser capaz de pintar dentro dos limites uma figura com partes inferiores a 5 cm de diâmetro;
		Melhorar a cópia de figuras	16. O A. deve ser capaz de copiar formas geométricas, como

		geométricas	losango, trapézio, pentágono e hexágono, reproduzindo-as com um ângulo e traço ajustados;
Competências Sociais	Desenvolver as capacidades sociais	Aumentar a compreensão e cumprimento de regras de jogo	17. O A. deve ser capaz de cumprir as regras de jogos, compreendendo o objetivo e função dos mesmos;
		Melhorar a cooperação em atividades sociais	18. O A. deve ser capaz de ajudar a terapeuta em jogos de cooperação, não deixando de dar atenção e de descurar o desempenho do outro na atividade, de forma a que atinjam, através da ajuda mútua, o objetivo final do jogo;
Autonomia	Fomentar a autonomia no vestir	Adquirir a noção do tipo de vestuário indicado para cada clima meteorológico	19. O A. deve ser capaz de selecionar roupa, escolhendo, entre variadas peças representadas, quantas e quais são possíveis e adequadas de utilizar conjuntamente, consoante a sua cor e o clima meteorológico escolhido.

ANEXO XII – FICHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO COM A CRIANÇA A.

Nº do Objetivo Comportamental	Objetivo de sessão	Nº da sessão	Fez	Não Fez	Avaliação Final
1	Provar, pelo menos, uma comida que não gosta, sem que a deite fora ou mostre relutância em a ingerir mais que 5 minutos;	2	X		+
	Adivinhar, pelo menos, 2 dos alimentos provados;	2	X		
	Provar todos os alimentos sem recusar mais de 3 minutos a sua ingestão;	8	X		
	Provar os todos os alimentos, sem que os deite fora ou demonstre relutância excessiva, não recusando mais de 2 minutos a sua ingestão.	11	X		
4	Utilizar uma entoação e velocidades adequadas depois de ser corrigido pela terapeuta, ou seja, deve ser perceptível e não deve utilizar um tom de voz diferente do seu em pelo menos 5 palavras;	1		X	-
	Comunicar com uma velocidade adequada, articulando a maioria das palavras (pelo menos 5) de modo perceptível;	2		X	
	Utilizar uma sintaxe e entoação adequadas, isto é, organizar o discurso de forma coerente e uma entoação ajustada ao tipo de tarefa, pelo menos, na última parte da história (últimas 5 palavras);	2	X		
	Comunicar com uma entoação, velocidade e sintaxe ajustadas em, pelo menos, 10 palavras;	3		X	
	Utilizar uma velocidade, entoação e sintaxe adequadas em, pelo menos, 10 palavras;	4		X	
	Utilizar uma sintaxe e entoação adequadas, isto é, organizar o discurso de forma coerente na maioria da história e colocar, pelo menos, na última parte da história (10 palavras), uma entoação ajustada;	5	X		
	Utilizar uma sintaxe, entoação e velocidade adequadas, isto é,	6		X	

	organizar o discurso de forma coerente e compreensível em pelo menos 15 palavras;				
	Utilizar uma sintaxe e entoação adequadas, isto é, organizar o discurso de forma coerente em pelo menos 15 palavras e colocar, pelo menos, na última parte da história (10 palavras), uma entoação ajustada;	8		X	
	Utilizar uma entoação adequada ao tipo de tarefa, contar uma história, e uma velocidade ajustada na maioria do discurso (15 palavras);	9	X		
	Comunicar com uma entoação, velocidade e sintaxe ajustadas em, pelo menos, 20 palavras;	10		X	
	Comunicar verbalmente com uma velocidade e entoação apropriadas, pelo que deve falar menos de 2 vezes com entoações inapropriadas em cada sessão, com velocidades elevadas que levem a que não seja compreendido o que quer expor.	12		X	
5	Manter a conversa por duas ou mais sucessões alternadas;	2		X	+
	Manter a conversa por duas ou mais sucessões alternadas;	3		X	
	Manter a conversa por duas ou mais sucessões alternadas;	6	X		
	Manter a conversa por três ou mais sucessões alternadas;	10		X	
	Manter a conversa por três ou mais sucessões alternadas.	12	X		
6	Descrever o que realizou antes da sessão, utilizando, pelo menos, 10 palavras;	1		X	+
	Descrever cada uma das atividades (3 atividades) com, pelo menos, 5 palavras;	1		X	
	Descrever o que realizou na última sessão, utilizando, pelo menos, 10 palavras. A descrição deve incluir o material utilizado e as ações realizadas;	2	X		

	Indicar as atividades que fez no fim de semana, dizendo o local e pessoas com quem esteve; utilizar, pelo menos, 15 palavras;	3	X		
	Descrever o que aconteceu na sessão, utilizando no mínimo 20 palavras;	6		X	
	Descrever atividades que tenha feito no fim de semana, utilizando, pelo menos, 20 palavras, onde se inclui o local e pessoas com quem esteve;	10		X	
	Descrever o que realizou na sessão, utilizando, pelo menos, 20 palavras. A descrição deve incluir o material utilizado e as ações realizadas;	10		X	
	Descrever o que realizou na sessão de intervenção, utilizando, pelo menos, 20 palavras, onde indica a ordem correta dos acontecimentos, os materiais utilizados e como decorreu a sua realização.	12	X		
7	Contar a história utilizando, pelo menos, 10 palavras;	2	X		+
	Contar uma história com 15 palavras no mínimo;	4		X	
	Contar a história utilizando, pelo menos, 15 palavras;	5		X	
	Recontar a história ouvida, utilizando no mínimo 15 palavras;	7	X		
	Contar a história utilizando, pelo menos, 20 palavras;	8		X	
	Continuar a contar a história utilizando, pelo menos, 10 palavras em cada parte da história que acrescenta (acrescentar no mínimo 2 partes);	9		X	
	Recontar a história ouvida, utilizando no mínimo 20 palavras;	12	X		
8	Responder corretamente a, pelo menos, duas das questões colocadas;	1	X		+
	Responder corretamente a perguntas iniciadas com quem, onde e o quê;	5		X	
	Responder corretamente a perguntas iniciadas com quem, quando e onde;	7	X		

	Responder corretamente a perguntas iniciadas com quem, como, quando e onde.	12		X	
9	Ordenar corretamente, pelo menos, dois cartões da história;	1	X		-
	Ordenar corretamente a história com 3 sequências;	2	X		
	Contar a história com uma ordem lógica de acontecimentos em, pelo menos, 2 partes;	4	X		
	Ordenar corretamente a história com 4 sequências;	5		X	
	Ordenar corretamente a história com 4 sequências;	8	X		
	Acrescentar partes à história de acordo com a lógica da mesma em, pelo menos, 3 partes.	9		X	
10	Identificar corretamente, pelo menos, 15 letras;	1		X	+
	Nomear todas as letras (C, G, B, V, O, R e D);	3	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, 15 letras;	5	X		
	Nomear as todas as letras (A, E, I, O, B, T, C, P, V, L, N e G);	6	X		
	Identificar todas as letras da ficha: Q, S, E, A, T, P, U, O, I, B, E, N, J, G, F e R;	8	X		
	Nomear todas as letras solicitadas (B, U, M, P, G, Q, I e C);	8	X		
	Identificar todas as letras (B, O, L, A, P, T, G, V, C, N, M, E e I);	10	X		
	Identificar todas as letras: F, A, C, O, T e I;	11	X		
	Identificar e nomear todas as letras: F, O, C, A, S, P, V, M, U, V, R, T e L.	12	X		
11	Corresponder corretamente, pelo menos, 4 das 7 letras iniciais de cada objeto;	3	X		+

	Associar corretamente, pelo menos, 10 letras à imagem correspondente;	5		X	
	Nomear, pelo menos, 5 das 14 sílabas (BO, LA, PA, TO, CO, PO, BA, NA, GA, CA, VA, LO, ME e IA);	6	X		
	Juntar as sílabas e associar corretamente, pelo menos, 4 palavras aos objetos correspondentes;	6	X		
	Ler, das 12 palavras, pelo menos 8;	7		X	
	Ligar corretamente e à primeira tentativa, pelo menos, 4 palavras à palavra que rima, das 6 apresentadas;	7	X		
	Formar corretamente as 4 palavras;	8	X		
	Corresponder corretamente as 8 letras ao alimento com a respectiva letra inicial;	8	X		
	Nomear pelo menos 8 em 10 sílabas (BO, LA, PA, TO, GA, VA, CA, BA, TO, NA, ME e IA);	10	X		
	Formar corretamente, pelo menos, 4 palavras, dentro das 6 possíveis;	10	X		
	Formar corretamente, pelo menos, 3 em 4 palavras;	11	X		
	Ler e corresponder as 10 palavras à respectiva imagem.	12	X		
12	Formar corretamente os dois grupos possíveis (tamanho e cor) à segunda tentativa;	2	X		+
	Numa primeira tentativa, o A. deve formar corretamente os grupos por função (comer e brincar); numa segunda tentativa a criança deve formar corretamente todos os grupos por função e categoria (animais, frutas e transportes);	4	X		
	Identificar à primeira tentativa, pelo menos, dois dos possíveis grupos a formar, selecionando corretamente as formas;	6	X		

	Identificar os três possíveis grupos a formar, organizando as formas;	9	X		
	Agrupar as várias imagens diferentes nos seus grupos, tendo em conta características como a cor, forma, tamanho, função e categoria;	11	X		
13	Memorizar, pelo menos, cinco pares de letras e um grupo de três;	1	X		+
	Memorizar dois conjuntos de dois números e, pelo menos, um de três números;	3	X		
	Apontar à primeira tentativa e corretamente para os conjuntos de duas imagens indicadas e, pelo menos, três vezes para os conjuntos de três;	4		X	
	Memorizar, pelo menos, uma associação entre um som e o tipo de grupo a formar, organizando corretamente as formas;	6	X		
	Recontar a história ouvida sem se esquecer de, pelo menos, três dos acontecimentos mais importantes;	7	X		
	Repetir à primeira tentativa, pelo menos, três frases de 3 palavras. Voltar a repetir, pelo menos, 2 frases de três palavras após 2 minutos;	8		X	
	Relembrar as partes fundamentais da história acrescentada pela terapeuta;	9	X		
	Memorizar, pelo menos, duas associações entre a cor e o tipo de grupo a formar, organizando corretamente as formas;	9		X	
	Ir buscar, à primeira tentativa, todas as imagens correspondentes aos 3 sons ouvidos, no momento seguinte à verbalização dos dígitos e após um período de dois minutos;	10	X		
	Relembrar, pelo menos, 5 dos acontecimentos mais importantes da história;	12		X	
14	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador;	2		X	-
	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador;	3		X	

	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador;	8		X	
	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador;	10		X	
	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador;	11		X	
	Agarrar no lápis com a preensão correta, ou seja, com o indicador, polegar e apoio do dedo médio, com a ajuda do adaptador.	12		X	
15	Pintar desenho sobre o fim de semana, não devendo sair mais que cinco vezes fora dos contornos;	3	X		+
	Pintar corretamente o desenho, não podendo sair mais de quatro vezes do contorno;	4	X		
	Pintar dentro do limite as letras, não devendo sair mais que duas vezes do limite em cada letra;	8		X	
	Realizar e pintar o desenho com giz, não podendo sair mais de duas vezes do contorno;	9		X	
	Pintar desenho sobre o fim de semana, não devendo sair mais de duas vezes fora dos contornos;	10	X		
	Pintar as imagens, não podendo sair mais de duas vezes do contorno;	10	X		
	Pintar sempre dentro dos limites;	11		X	
	Pintar o desenho com lápis em sair dos contornos.	12	X		
16	Criar, pelo menos, 3 objetos em plasticina que sejam perceptíveis;	1		X	+
	Criar, pelo menos, 2 formas geométricas com os diversos materiais disponíveis que tenham um ângulo ajustado;	2	X		
	Reproduzir, pelo menos, duas figuras geométricas no quadro com um traço e ângulo ajustados;	2	X		

	Representar corretamente, i.e., com um ângulo e traço ajustado as três formas geométricas (círculo, quadrado e triângulo);	3	X		
	Cortar corretamente, pelo menos, quatro das seis figuras geométricas, com um ângulo ajustado;	5	X		
	Representar com um ângulo ajustado as formas geométricas círculo, triângulo, quadrado, losango e retângulo, podendo ter mais dificuldade na estrela e coração;	7	X		
17	Respeitar a vez do terapeuta e a marca que determina a distância que deve ter para acertar no alvo;	3	X		+
	Deslocar-se pelo circuito segundo as instruções, cumprindo as regras: pisar cada bloco com 1 pé, andar de frente na trave, rastejar no túnel e andar com passos à bebê em cima da corda;	6	X		
	Cumprir as regras do jogo (não largar a mão do terapeuta, deslocar-se até à caixa);	9	X		
	Cumprir as regras do jogo, não tirando a venda e percorrendo os obstáculos da forma explicada;	11	X		
18	Ajudar a terapeuta, dando-lhe pelo menos duas indicações espontâneas do que está a fazer mal e o que deve corrigir;	3		X	-
	Ajudar o outro a percorrer o caminho, apoiando-o quando se está a desequilibrar e dando-lhe, pelo menos, duas indicações espontâneas sobre a sua performance;	6	X		
	Responder corretamente a, pelo menos, duas das questões acerca da situação social (o que aconteceu ao menino? O que se deve fazer nesta situação? O outro menino fez bem ou não em ajudá-lo? E o que deve acontecer no final?);	8		X	
	Esperar pela sua vez a contar a história;	9	X		
	Ajudar o terapeuta no jogo, não deixando de dar atenção e de descurar o desempenho dele na atividade, de forma a que atinjam, através da	9		X	

	ajuda mutua, o objetivo final do jogo;				
	Ajudar a terapeuta no percurso, guiando-a pelo caminho certo e ajudando-a sempre que necessário através de ajuda física e verbal.	11	X		
19	Selecionar a roupa, os acessórios e o calçado adequado ao clima meteorológico indicado, pelo menos, em um dos três diferentes climas apresentados;	1	X		+
	Selecionar a roupa, os acessórios e o calçado adequado ao clima meteorológico indicado, pelo menos, em dois dos três diferentes climas apresentados;	5	X		
	Selecionar a roupa, os acessórios e o calçado adequado ao clima meteorológico indicado nos três diferentes climas apresentados;	7	X		

- - Objetivo não cumprido

+ - Objetivo cumprido

ANEXO XIII – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA A. REVELOU DIFICULDADE (AVALIAÇÃO FINAL)

Subáreas	Tarefas
LE	89. Nomeia 9 letras corretamente
	93. Lê uma frase curta corretamente
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente
	96. Lê frase e segue as direções
	155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
LR	88. Identifica 9 letras corretamente
EA	161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade
CVC	146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais
	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros
	150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
	151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade

ANEXO XIV – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR EM QUE A CRIANÇA A. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO FINAL)

Área	Item
Problemas de Comportamento	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no foco.
	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
	8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar
Cuidado Pessoal	6. Tenta lavar-se no banho mas precisa de ajuda de um adulto
	7. Tenta lavar os dentes sozinho, mas precisa de ajuda de um adulto
	9. Tenta vestir-se sozinho, mas precisa da ajuda de um adulto
	10. Não escolhe roupa autonomamente
Comportamento Adaptativo	4. Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente
	6. Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade
	8. Normalmente permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente
	10. Brinca de forma desajeitada e tem algumas lesões ocasionais
	15. Anda no passeio, mas tem de ser parado por si nos cruzamentos

ANEXO XV – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA J. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO INICIAL)

Subáreas	Tarefas	
	Não realiza	Emergentes
CV	75. Copia quadrado	31. Indica o local correto das peças
	76. Copia triângulo	33. Junta 6 peças do puzzle
	77. Copia diamante	34. Monta as 8 peças do puzzle
	79. Copia 7 letras corretamente	35. Depois de demonstrado, ativa 3 marcas sonoras
	80. Desenha uma pessoa	43. Descobre comida ou objeto favorito escondido dentro de 1 das 3 canecas depois de mexidas
	81. Escreve o nome próprio	44. Seleciona 4 objetos nomeados, escondidos na bolsa, pelo toque
	84. Pantomima o uso correto de 5 objetos	74. Copia círculo
	104. Separa blocos e fichas de poker	83. Mostra interesse no livro de imagens
	108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração	109. Responde à imitação das suas ações
	113. Repete 3 dígitos	110. Responde à imitação do seu som
		112. Repete 2 dígitos
LE		114. Repete 2 palavras
	19. Representa história com 2 fantoches	86. Nomeia 14 de 20 imagens corretamente
	29. Nomeia as formas grandes e pequenas	89. Nomeia 9 letras corretamente
	87. Produz uma frase apropriada de 4 a 5 palavras	102. Conta 2 e 7 blocos
	91. Lê os números de 1 a 10 corretamente	106. Nomeia 5 cores
	93. Lê uma frase curta corretamente	129. Pronuncia o seu nome quando pedido
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros	143. Utiliza palavras ou gestos para pedir ajuda
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente	155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
	96. Lê frase e segue as direções	
	103. Conta alto de 1 a 10	
	120. Produz 2 nomes no plural	
	121. Produz 1 pronome	
	122. Produz 3 frases apropriadas, de 2 palavras	
	132. Usa pronomes corretamente	
LR	30. Indica as formas grandes e pequenas	17. Aponta para 3 partes do corpo do fantoche
	88. Identifica 9 letras corretamente	18. Aponta para 3 partes do seu próprio corpo
	101. Dá ao examinador 2 blocos e 6 blocos corretamente	85. Aponta para 14 de 20 imagens quando nomeadas
	133. Responde a perguntas	100. Segue direções de 2 passo

		123. Segue 4 direções compostas de 1 a 2 passos
		126. Pára a atividade perante a voz “Não!” ou “Pára com isso!”
		127. Pára a atividade ao ser chamado pelo nome
MF	2. Depois da demonstração, faz algumas bolas com êxito	32. Junta 4 peças do puzzle
		72. Traça 3 formas
		78. Colora dentro dos limites
		82. Corta papel com tesoura
MG	58. Apanha a bola em pelo menos 1 de 3 tentativas	48. Mantém-se num só pé
IVM		9. Imitando, toca a campainha duas vezes.
		12. Depois de ouvir “parabéns a você” simula apagar velas
		13. Mostra satisfação na música cantando ou através de movimentos
		14. Enrola a plasticina num rolo alongado
		15. Põe o fantoche na mão e move a sua cabeça e mãos
		16. Imita as ações do dia-a-dia com o fantoche
EA	160. Demonstra um nível apropriado de medo durante a sessão de teste	157. Demonstra sentimentos através das posturas corporais
	161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade	158. Expressa emoções apropriadas durante a sessão de teste
		159. Demonstra afeto apropriado durante a sessão de teste
		164. Trabalha nas tarefas apropriadas de desenvolvimento com persistência
		165. Demonstra interesse e habilidade especial ao examinador
RS	20. Usa imaginação brincando com os fantoches	51. Inicia a repetição de jogo social
	98. Põe os blocos na caixa, um de cada vez	52. Inicia interações sociais
		116. Quando interpelado, olha diretamente para a cara do examinador
		154. Tenta cooperar com os pedidos do examinador
		166. Faz contacto visual durante a sessão de teste
		167. Reconhece a voz do examinador através de ações
		168. Procura ajuda do examinador quando apropriado
		170. Responde apropriadamente ao examinador, fazendo contacto visual, ouvindo e sorrindo
		172. A performance da criança é afetada por louvor social
CMC	5. Examina apropriadamente os	137. Explora o ambiente de testes

	blocos	apropriadamente
	45. Examina e manipula materiais de teste apropriadamente	138. Ouve o examinador e sons produzidos apropriadamente
	64. Brinca com o atacador adequadamente	162. Alterna tarefas com facilidade
	136. Brinca sozinho, de forma adequada com a idade	
	139. Examina texturas utilizando comportamentos apropriados	
	142. Completa a maioria das tarefas apropriadas à idade	
	169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade	
CVC	146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais	117. Não repete inapropriadamente palavras ou frases
	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros	144. Não repete inapropriadamente palavras ou frases ouvidas recentemente
	153. Mantém conversa por mais que uma sucessão alternada	145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente
		147. Raramente produz sons incompreensíveis ou sem sentido
		149. Não utiliza linguagem idiossincrática ou calão
		150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
		151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade
		152. Comunica espontaneamente com o examinador

ANEXO XVI – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR EM QUE A CRIANÇA J. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO INICIAL)

Área	Item	
Problemas de Comportamento	Problema ligeiro/moderado	Problema severo
	1. Demonstra défice no contacto ocular, expressões faciais e comunicação por gestos	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no focos
	7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
	8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
	10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros	9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos
Autonomia	4. Tenta vazar o líquido para um copo entornando um pouco	
	5. Tenta lavar a cara e as mãos com ajuda de um adulto	
	6. Tenta lavar-se no banho mas precisa de ajuda de um adulto	
	7. Não tenta lavar os dentes sozinho ou não consegue lavar os dentes sozinho	
	9. Tenta vestir-se sozinho, mas precisa da ajuda de um adulto	
	10. Não escolhe roupa autonomamente	
	11. Usa a casa de banho para aliviar suas necessidades fisiológicas, com alguma ajuda de um adulto e tem mais de dois acidentes por semana	
Comportamento Adaptativo	3. Ocasionalmente responde de forma positiva a um abraço por parte de um adulto familiar	
	4. Não demonstra interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço que o envolve	
	5. Normalmente brinca sozinha	
	6. Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade	
	7. Ocasionalmente aprende novas capacidades	
	8. Normalmente permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente	
	9. Não joga imaginativamente, parece estar obcecado com as partes dos brinquedos ou objetos	
	10. Regularmente bate-se ou morde-se quando está frustrado	
	11. Faz frequentemente movimentos estranhos, quando está sentado ou em pé	
	12. Não tem orgulho nas suas habilidades	
	13. Demonstra não ter interesse na presença de outra criança	
	15. Desconhece o comportamento adequado a ter quando anda no passeio	

ANEXO XVII – EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO DA CRIANÇA J.

Atividade	Domínio	Descrição	Objetivos	Estratégias	Materiais	Tempo
Constrói círculos	Motricidade Fina	Através da plasticina, formar cinco círculos e reproduzi-los numa folha	Realizar sozinho, sem retirar bocados ou estragar a plasticina, pelo menos um círculo (realizar um rolo e juntar as pontas); Reproduzir autonomamente e com um ângulo e traço ajustados, pelo menos, dois círculos.	Instrução verbal Ajuda física e verbal Feedback Reforço	Plasticina Folha Caneta	20'
Bolas de vogais	Motricidade Global	Agarrar as bolas lançadas e nomear a letra colada nas mesmas; colocar a bola na caixa da letra correspondente.	Agarrar as bolas, pelo menos, três vezes a uma distância de 1 m; Nomear, pelo menos, duas vogais; Colocar todas as letras na caixa da letra correspondente.	Instrução verbal Ajuda física e verbal Feedback Reforço	15 Bolas com diferentes vogais coladas 5 Caixas	20'
Brinca na cidade	Comportamento Comunicação e Linguagem	Brincadeira imaginativa com o cenário e objetos de uma cidade; colocar as pessoas nos veículos, os veículos a andar na estrada, a subir e descender no elevador e a estacionar; Nomeação dos vários objetos existentes.	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda total da terapeuta; Identificar, pelo menos, 8 dos objetos/imagens presentes no cenário de brincadeira.	Instrução verbal Ajuda física (a brincar e a evitar movimentos estereotipados com os objetos) Feedback Reforço	Cenário de cidade (estradas, árvores, casas) Carro Mota Menino para colocar nos veículos Elevador e garagem de brincar	20'

ANEXO XVIII – PLANO TERAPEUTICO DA CRIANÇA J.

Domínio	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
Comportamento	Desenvolver o comportamento motor característico	Reduzir comportamentos de oposição perante uma atividade nova ou exigente ao nível da atenção requerida	1. O J. deve ser capaz de mudar de atividade e de aderir a atividades diferentes sem se opor de modo excessivo, não recusando mais de 2 minutos a realização da mesma após a instrução;
	Fomentar a exploração funcional do ambiente	Aumentar a utilização e manipulação adequada de brinquedos e materiais	2. O J. deve ser capaz de brincar, pelo menos, 3 minutos de forma funcional com 4 brinquedos da sua preferência (e.g. carro, tratores, árvores, meninos), combinando-os entre si e não realizando movimentos estereotipados com os mesmos; 3. O J. deve ser capaz de explorar adequadamente um livro, folheando as páginas e olhando para as imagens, assim como não deve ter comportamentos disruptivos com o material (rasgar ou atirar livro);
Comunicação e Linguagem	Desenvolver a intenção comunicativa;	Melhorar a comunicação espontânea	4. O J. deve ser capaz de comunicar verbalmente de forma espontânea com a terapeuta, formulando, pelo menos, cinco pedidos espontâneos construídos por, pelo menos, uma frase de 3 palavras (e.g. eu quero brincar);
	Fomentar a linguagem recetiva e expressiva.	Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário;	5. O J. deve ser capaz de aumentar o seu reportório de palavras, identificando e nomeando corretamente cerca de 20 objetos/imagens, 5 ações e 5 funções;
		Verbalizar o seu nome próprio;	6. O J. deve ser capaz de descrever cinco imagens, utilizando pequenas frases com cerca de 4/5 palavras;
		Adquirir a noção de tamanho;	7. O J. deve ser capaz de verbalizar o seu nome próprio quando questionado pela terapeuta, sem ajuda verbal ou visual;
		Melhorar a identificação e nomeação de letras;	8. O J. deve ser capaz de identificar e nomear objetos grandes e pequenos; 9. O J. deve ser capaz de nomear e identificar as vogais do alfabeto;

		Maximizar a noção de número;	10. O J. deve ser capaz de contar até dez pela ordem correta e sem omitir nenhum número, depois de dada instrução verbal e por associação à contagem de um conjunto de objetos ordenados; 11. O J. deve ser capaz de identificar e nomear os números de 1 a 5;
Cognição	Fomentar a cognição verbal e pré-verbal;	Compreender a função dos objetos e mimar a mesma;	12. O J. deve ser capaz de mimar a utilização de 5 objetos, sem que tenha acesso à demonstração prévia;
		Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva.	13. O J. deve ser capaz de repetir, logo de seguida e à primeira tentativa, duas palavras e três dígitos verbalizados e apresentados visualmente pela terapeuta;
Motricidade Global	Desenvolver a coordenação	Maximizar a coordenação oculo manual para agarrar uma bola	14. O J. deve ser capaz de agarrar numa bola que é lançada a 80 cm de distância, 3 vezes em 5 tentativas;
	Fomentar o equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático num só pé	15. O J. deve ser capaz de se manter em equilíbrio num só pé durante 5 segundos;
Motricidade Fina	Desenvolver a coordenação oculo manual	Melhorar o grafismo	16. O J. deve ser capaz de copiar 2 formas geométricas (um círculo e um quadrado) reproduzindo-as com um ângulo e traço ajustados;
		Desenhar a figura humana	17. O J. deve ser capaz de desenhar e de construir com plasticina uma figura humana com 8 elementos (cabeça, tronco, braços, pernas, mãos, olhos, nariz e boca), podendo ter acesso a demonstração ou visualização de uma figura semelhante;
		Escrever o nome próprio	18. O J. deve ser capaz de escrever o seu nome próprio (Zé), com letra de imprensa perceptível e sem ajuda física, perante a instrução;
		Cortar papel com tesoura	19. O J. deve ser capaz de cortar um papel com 20 cm de comprimento ao meio, realizando o movimento correto e não rasgando o papel com a tesoura.

ANEXO XIX - FICHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO COM A CRIANÇA J.

Nº do Objetivo Comportamental	Objetivo de sessão	Nº da sessão	Fez	Não Fez	Avaliação Final
2	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda total da terapeuta;	1	X		-
	Realizar menos de 7 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia;	4		X	
	Colocar as personagens a realizar, pelo menos, duas ações pedidas;	4	X		
	Construir e organizar a cidade com ajuda da terapeuta, devendo dispor pelo menos 2 objetos de acordo com a indicação verbal;	6	X		
	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda total da terapeuta;	6	X		
	Realizar menos de 7 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia;	6		X	
	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda parcial da terapeuta;	11		X	
	Colocando as personagens a realizar, pelo menos, 3 ações;	15	X		
	Realizar menos de 5 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia;	15		X	
	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda parcial da terapeuta;	17		X	
	Realizar menos de 5 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia.	17	X		
3	Folhar autonomamente, pelo menos, três páginas do livro, sem o danificar;	5		X	-
	Folhar autonomamente, pelo menos, três páginas do livro, sem o danificar;	9	X		
	Folhar autonomamente, pelo menos, cinco páginas do livro sem o danificar;	15		X	
	Estar atento a, pelo menos, 3 figuras do livro;	15		X	
	Folhar autonomamente, pelo menos, cinco páginas do livro sem o danificar;	19	X		
	Manter a atenção durante, pelo menos, 2 segundos em 3 figuras do livro.	19		X	

4	Realizar pelo menos, 1 pedido espontâneo distinto com frases de 3 ou 4 palavras.	1		X	-
	Realizar pelo menos, 1 pedido espontâneo distinto com frases de 3 ou 4 palavras.	3	X		
	Realizar pelo menos, 2 pedidos espontâneos distintos com frases de 3 ou 4 palavras.	6		X	
	Realizar pelo menos, 2 pedidos espontâneos distintos com frases de 3 ou 4 palavras.	9	X		
	Realizar pelo menos, 3 pedidos espontâneos distintos com frases de 3 ou 4 palavras;	12		X	
	Realizar pelo menos, 3 pedidos espontâneos distintos com frases de 3 ou 4 palavras;	18	X		
5	Identificação de, pelo menos, 5 dos objetos/imagens presentes no cenário de brincadeira;	1		X	-
	Identificar corretamente, pelo menos, duas ações;	2	X		
	Nomear, pelo menos, duas ações;	2		X	
	Nomear todas as imagens (bola, pato, copo, carro e maçã);	2	X		
	Identificar corretamente todos os objetos (5);	3	X		
	Identificar, pelo menos, 2 das funções dos mesmos;	3		X	
	Nomear, pelo menos, seis objetos;	4	X		
	Identificar, pelo menos, 3 ações;	4		X	
	Nomear corretamente, pelo menos, 6 imagens;	5	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, 6 imagens;	5	X		
	Nomeação da função de, pelo menos, dois objetos;	6	X		
	Nomear, pelo menos, 7 dos 8 objetos;	7		X	
	Identificar, pelo menos, 7 objetos;	7	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, 2 objetos pelas funções;	9	X		

	Nomear, pelo menos, 7 objetos e 3 funções corretamente;	9	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, três ações;	10	X		
	Nomear, pelo menos, duas ações;	10	X		
	Identificação de, pelo menos, 8 dos objetos/imagens presentes no cenário de brincadeira;	11		X	
	Identificar corretamente, pelo menos, quatro ações;	14		X	
	Nomear e identificar corretamente pelo menos 10 imagens;	15		X	
	Identificar, pelo menos, 4 ações;	15	X		
	Nomear as 10 imagens;	16	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, 4 objetos pelas funções;	17	X		
	Nomear, pelo menos, 10 objetos e 5 funções corretamente;	17	X		
	Identificar as 4 ações indicadas;	19	X		
6	Descrever, pelo menos, 1 ação com frases de 3 ou 4 palavras, podendo ter ajuda na iniciação da frase;	4		X	-
	Descrever, pelo menos, 1 das ações com frases de 3 ou 4 palavras, podendo ter ajuda na iniciação da frase;	7	X		
	Descrever, pelo menos, duas ações com frases de 3 ou 4 palavras, podendo ter ajuda na iniciação da frase.	14		X	
	Descrever, pelo menos, 2 ações com frases de 3 ou 4 palavras, podendo ter ajuda na iniciação da frase;	15	X		
	Descrever 3 ações com frases com 3 ou 4 palavras, podendo ter ajuda na iniciação da frase.	19	X		
7	Verbalizar o meu nome pelo menos uma vez sem ajuda verbal e nas restantes com ajuda no primeiro som;	1		X	+
	Escolher corretamente o seu nome e verbalizá-lo, respondendo, de seguida, corretamente à pergunta “Como te chamas?” perante o seu nome escrito;	3		X	
	Verbalizar o meu nome pelo menos uma vez sem ajuda verbal e nas restantes com ajuda no primeiro som;	7	X		

	Responder corretamente e há primeira tentativa à pergunta “Como te chamas?”;	9	X		
	Responder à pergunta “como te chamas?” corretamente e há primeira tentativa;	12	X		
8	Colocar corretamente e sem ajuda, pelo menos, um objeto na caixa correta de acordo com o seu tamanho;	4	X		-
	Colocar corretamente e sem ajuda, pelo menos, três bolas na caixa do seu tamanho;	8	X		
	Colar corretamente, pelo menos, 1 imagem, tendo em conta o seu tamanho;	12	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, uma figura com o tamanho indicado;	12		X	
	Rodear corretamente, pelo menos, 3 figuras, tendo em conta o seu tamanho;	15		X	
	Identificar corretamente, pelo menos, duas figuras com o tamanho indicado;	15		X	
	Identificar corretamente, pelo menos, dois objetos com o tamanho pedido.	18	X		
9	Corresponder corretamente todas as letras;	1	X		-
	Identificar corretamente e sem ajuda, pelo menos, uma vez a letra A;	1		X	
	Dar a letra A à terapeuta, pelo menos uma vez sem qualquer ajuda;	4		X	
	Colar corretamente todas as vogais no local correto e verbalizar, pelo menos, uma letra corretamente sem ajuda;	6		X	
	Nomear, pelo menos, uma vogal sem ajuda da terapeuta;	8	X		
	Dar a letra A à terapeuta, pelo menos, uma vez sem qualquer ajuda;	8	X		
	Nomear, pelo menos, duas vogais;	11		X	
	Colocar todas as letras na caixa da letra correspondente;	11	X		
	Nomear, pelo menos, duas vogais sem ajuda da terapeuta;	14	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, duas vezes a letra pedida;	17		X	
10	Contar, pelo menos, uma vez até 10, corretamente e com a ajuda verbal da terapeuta na primeira sílaba;	4		X	+
	Contar, pelo menos, uma vez até 10, corretamente e com a ajuda verbal da terapeuta na primeira sílaba;	8	X		

	Contar até 10 autonomamente e pela ordem a partir de, pelo menos, o número 3;	10		X	
	Contar até 10 autonomamente e pela ordem correta, pelo menos, uma vez;	14	X		
	Contar até 10 autonomamente e pela ordem correta, pelo menos, duas vezes.	19	X		
11	Associar corretamente os números e nomear, pelo menos, uma vez um dos números com ajuda verbal da terapeuta na primeira sílaba;	2	X		-
	Selecionar corretamente, pelo menos uma vez, o número verbalizado;	5		X	
	Nomear e identificar corretamente, pelo menos, um número;	9		X	
	Colar todos os números no local correto e verbalizar, pelo menos, um número corretamente sem ajuda;	13	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, um dos números pedidos;	13		X	
	Identificar, pelo menos, uma vez, o número pedido;	17	X		
	Identificar, pelo menos, duas vezes, o número pedido.	19	X		
12	Mimar adequadamente, pelo menos, uma das funções dos objetos depois de demonstradas pela terapeuta;	3		X	-
	Mimar adequadamente, pelo menos, uma das funções dos objetos depois de demonstradas pela terapeuta;	6	X		
	Realizar pelo menos 2 gestos de cada música sozinho;	10	X		
	Sem demonstração anterior, realizar, pelo menos, dois gestos pela associação à letra da música;	10		X	
	Adivinhar sem qualquer ajuda ou pista, pelo menos uma das ações que está a ser mimada, nomeando-a;	16		X	
	Mimar adequadamente, pelo menos, três ações;	16		X	
13	Selecionar corretamente, pelo menos uma vez, os dois objetos indicados;	5		X	-
	Associar corretamente, pelo menos, 3 sons ouvidos às imagens correspondentes;	7	X		
	Memorizar, pelo menos, uma frase de 3 palavras da música e repeti-la no momento adequado;	13		X	

	Associar corretamente, pelo menos, 5 sons ouvidos às imagens correspondentes;	16	X		
14	Agarrar a bola sozinho pelo menos uma vez a uma distância de 80 cm;	2		X	+
	Agarrar a bola sozinho pelo menos uma vez a uma distância de 80 cm;	5	X		
	Agarrar as bolas grandes sozinho, pelo menos, duas vezes a uma distância de 1 m;	8	X		
	Agarrar as bolas, pelo menos, três vezes a uma distância de 1 m;	11	X		
15	Deslocar-se entre arcos, colocando um pé em cada um de acordo com a demonstração;	2		X	-
	Manter-se em apoio unipedal sem apoio, pelo menos, 2';	5		X	
	Colocar um pé em cada arco, sem sair do mesmo, após demonstração;	5	X		
	Manter-se em apoio unipedal sem apoio, pelo menos, 2';	8		X	
	Manter-se em apoio unipedal sem apoio, pelo menos, 2';	12		X	
	Colocar um pé em cada arco, mantendo-se em apoio unipedal durante, pelo menos, 2'.	17	X		
16	Imitar com traço ajustado os riscos verticais e, pelo menos, um horizontal;	1	X		-
	Realizar sozinho um dos círculos com traço e ângulo ajustados, passando por cima do tracejado;	5	X		
	Ligar, pelo menos, uma letra de forma autónoma, realizando linhas diagonais;	6		X	
	Reproduzir autonomamente e com um ângulo e traço ajustados, pelo menos, dois círculos;	11		X	
	Ligar, pelo menos, uma letra de forma autónoma, realizando uma linha diagonal;	14	X		
	Reproduzir autonomamente e com um ângulo e traço ajustados, pelo menos, dois círculos;	15	X		
	Reproduzir autonomamente e com um ângulo e traço ajustados, pelo menos, um quadrado;	19		X	
17	Organizar corretamente pelo menos, 8 partes do corpo;	3		X	-
	Realizar, pelo menos, 1 bola e 1 rolo em plasticina sem ajuda física do terapeuta;	3		X	

	Realizar, pelo menos, 1 rolo sem ajuda física do terapeuta;	6		X	
	Colar corretamente, i.e., no local correto, todas as partes do corpo;	8	X		
	Realizar sozinho, sem retirar bocados ou estragar a plasticina, pelo menos um círculo (realizar um rolo e juntar as pontas);	11		X	
	Desenhar autonomamente, pelo menos, a cabeça do menino, podendo ter ajuda nas restantes partes (tronco, braços, cabelo, olhos, nariz e boca);	12	X		
	Realizar, pelo menos, 1 rolo sem ajuda física do terapeuta;	16	X		
	Desenhar autonomamente, pelo menos, a cabeça e o tronco do menino, podendo ter ajuda nas restantes partes (braços, cabelo, olhos, nariz e boca).	16		X	
18	Selecionar corretamente as letras do seu nome e formar o seu nome sem qualquer ajuda;	1	X		-
	Escrever o seu nome através de um grafismo pelos moldes, sem tirar o lápis do papel, podendo ter ajuda física da terapeuta;	3		X	
	Escrever sem ajuda, pelo menos uma das letras do seu nome ou parte dela, passando por cima do tracejado;	5		X	
	Escrever o seu nome com ajuda física, tendo de realizar autonomamente pelo menos parte da letra E;	9	X		
	Escrever o seu nome sem ajuda, através de um grafismo pelos moldes e sem tirar a caneta do quadro;	12	X		
	Escrever o seu nome, passando por cima do tracejado e com ajuda física, tendo de realizar autonomamente, pelo menos, a letra E.	18	X		

- - Objetivo não cumprido

+ - Objetivo cumprido

ANEXO XX – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA J. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO FINAL)

Subáreas	Tarefas	
	Não realiza	Emergentes
CV	75. Copia quadrado	33. Junta 6 peças do puzzle
	76. Copia triângulo	83. Mostra interesse no livro de imagens
	77. Copia diamante	104. Separa blocos e fichas de poker
	79. Copia 7 letras corretamente	109. Responde à imitação das suas ações
	80. Desenha uma pessoa	110. Responde à imitação do seu som
	81. Escreve o nome próprio	113. Repete 3 dígitos
	84. Pantomima o uso correto de 5 objetos	115. Repete 2 frases compostas por 3 a 4 palavras
	108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração	
LE	93. Lê uma frase curta corretamente	19. Representa história com 2 fantoches
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros	23. Nomeia, círculo, quadrado e triângulo
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente	29. Nomeia as formas grandes e pequenas
	96. Lê frase e segue as direções	86. Nomeia 14 de 20 imagens corretamente
	120. Produz 2 nomes no plural	87. Produz uma frase apropriada de 4 a 5 palavras
	121. Produz 1 pronome	89. Nomeia 9 letras corretamente
	122. Produz 3 frases apropriadas, de 2 palavras	91. Lê os números de 1 a 10 corretamente
	132. Usa pronomes corretamente	102. Conta 2 e 7 blocos
		106. Nomeia 5 cores
		143. Utiliza palavras ou gestos para pedir ajuda
LR	101. Dá ao examinador 2 blocos e 6 blocos corretamente	155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
	133. Responde a perguntas	30. Indica as formas grandes e pequenas
		88. Identifica 9 letras corretamente
		100. Segue direções de 2 passo
MF		123. Segue 4 direções compostas de 1 a 2 passos
		2. Depois da demonstração, faz algumas bolas com êxito
		72. Traça 3 formas
MG		78. Colora dentro dos limites
		48. Mantém-se num só pé
IVM		9. Imitando, toca a campainha duas vezes.
		12. Depois de ouvir “parabéns a você”

		simula apagar velas
		15. Põe o fantoche na mão e move a sua cabeça e mãos
EA		158. Expressa emoções apropriadas durante a sessão de teste
		159. Demonstra afeto apropriado durante a sessão de teste
		160. Demonstra um nível apropriado de medo durante a sessão de teste
		161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade
		164. Trabalha nas tarefas apropriadas de desenvolvimento com persistência
		165. Demonstra interesse e habilidade especial ao examinador
RS	20. Usa imaginação brincando com os fantoches	51. Inicia a repetição de jogo social
		98. Põe os blocos na caixa, um de cada vez
		116. Quando interpelado, olha diretamente para a cara do examinador
		166. Faz contacto visual durante a sessão de teste
		167. Reconhece a voz do examinador através de ações
		168. Procura ajuda do examinador quando apropriado
		170. Responde apropriadamente ao examinador, fazendo contacto visual, ouvindo e sorrindo
		172. A performance da criança é afetada por louvor social
CMC	136. Brinca sozinho, de forma adequada com a idade	45. Examina e manipula materiais de teste apropriadamente
	169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade	46. Olha para os materiais de teste e ambiente apropriadamente
		64. Brinca com o atacador adequadamente
		137. Explora o ambiente de testes apropriadamente
		138. Ouve o examinador e sons produzidos apropriadamente
		139. Examina texturas utilizando comportamentos apropriados
		142. Completa a maioria das tarefas apropriadas à idade

CVC	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros	144. Não repete inapropriadamente palavras ou frases ouvidas recentemente
	153. Mantém conversa por mais que uma sucessão alternada	145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente
		146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais
		147. Raramente produz sons incompreensíveis ou sem sentido
		149. Não utiliza linguagem idiossincrática ou calão
		150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
		151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade
		152. Comunica espontaneamente com o examinador

ANEXO XXI – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR EM QUE A CRIANÇA J. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO FINAL)

Área	Item	
Problemas de Comportamento	Problema ligeiro/moderado	Problema severo
	1. Demonstra défice no contacto ocular, expressões faciais e comunicação por gestos	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no focos
	10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
		5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
		7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais
		8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar
		9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos
Cuidado Pessoal	3. Come utilizando pelo menos um dos utensílios com algum sucesso	
	4. Tenta vazar o líquido para um copo entornando um pouco	
	5. Tenta lavar a cara e as mãos com ajuda de um adulto	
	6. Não tenta ou não consegue (tomar banho)	
	7. Não tenta lavar os dentes sozinho ou não consegue lavar os dentes sozinho	
	9. Tenta vestir-se sozinho, mas precisa da ajuda de um adulto	
	10. Não escolhe roupa autonomamente	
	11. Usa a casa de banho para aliviar suas necessidades fisiológicas, com alguma ajuda de um adulto e tem mais de dois acidentes por semana	
	1. Prefere repetir a mesma atividade vezes sem conta	
	2. Faz ocasionalmente contato ocular com os outros	
	4. Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente	
	5. Normalmente brinca sozinha	

Comportamento Adaptativo	6. Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade
	7. Ocasionalmente aprende novas capacidades
	8. Normalmente permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente
	9. Ocasionalmente joga de forma imaginativa com os brinquedos
	11. Usualmente fica ereto e senta-se direito, quando está cansado faz ocasionalmente movimentos estranhos
	12. Demonstra um orgulho limitado ou inconsistente nas suas habilidades
	13. Demonstra não ter interesse na presença de outra criança
	15. Desconhece o comportamento adequado a ter quando anda no passeio

ANEXO XXII – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA R. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO INICIAL)

Subáreas	Tarefas	
	Não realiza	Emergentes
CV	108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração	44. Seleciona 4 objetos nomeados, escondidos na bolsa, pelo toque
	113. Repete 3 dígitos	84. Pantomima o uso correto de 5 objetos
		104. Separa blocos e fichas de poker
		115. Repete 2 frases compostas por 3 a 4 palavras
LE	23. Nomeia, círculo, quadrado e triângulo	36. Nomeia 5 objetos
	29. Nomeia as formas grandes e pequenas	86. Nomeia 14 de 20 imagens corretamente
	87. Produz uma frase apropriada de 4 a 5 palavras	89. Nomeia 9 letras corretamente
	92. Lê 3 palavras	91. Lê os números de 1 a 10 corretamente
	93. Lê uma frase curta corretamente	102. Conta 2 e 7 blocos
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros	103. Conta alto de 1 a 10
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente	106. Nomeia 5 cores
	96. Lê frase e segue as direções	120. Produz 2 nomes no plural
	121. Produz 1 pronome	129. Pronuncia o seu nome quando pedido
	122. Produz 3 frases apropriadas, de 2 palavras	130. Pronuncia o seu gênero quando pedido
		132. Usa pronomes corretamente
		155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
LR	30. Indica as formas grandes e pequenas	24. Ao serem nomeados, seleciona o círculo, o quadrado e o triângulo
	88. Identifica 9 letras corretamente	85. Aponta para 14 de 20 imagens quando nomeadas
	101. Dá ao examinador 2 blocos e 6 blocos corretamente	100. Segue direções de 2 passos
	133. Responde a perguntas	107. Aponta para 5 cores ao serem nomeadas
		123. Segue 4 direções compostas de 1 a 2 passos
MF		78. Colora dentro dos limites
IVM		9. Imitando, toca a campainha duas vezes
		15. Põe o fantoche na mão e move a sua cabeça e mãos
EA		158. Expressa emoções apropriadas durante a sessão de teste
		161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade
		164. Trabalha nas tarefas apropriadas de desenvolvimento com persistência
RS		20. Usa imaginação brincando com os fantoches
		98. Põe os blocos na caixa, um de cada

		vez
		116. Quando interpelado, olha diretamente para a cara do examinador
		154. Tenta cooperar com os pedidos do examinador
		167. Reconhece a voz do examinador através de ações
		168. Procura ajuda do examinador quando apropriado
		170. Responde apropriadamente ao examinador, fazendo contacto visual, ouvindo e sorrindo
CMC	162. Alterna tarefas com facilidade	45. Examina e manipula materiais de teste apropriadamente
		64. Brinca com o atacador adequadamente
		136. Brinca sozinho, de forma adequada com a idade
		137. Explora o ambiente de testes apropriadamente
		138. Ouve o examinador e sons produzidos apropriadamente
		142. Completa a maioria das tarefas apropriadas à idade
		169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade
CVC	146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais	117. Não repete inapropriadamente palavras ou frases
	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros	144. Não repete inapropriadamente palavras ou frases ouvidas recentemente
	153. Mantém conversa por mais que uma sucessão alternada	145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente
		147. Raramente produz sons incompreensíveis ou sem sentido
		149. Não utiliza linguagem idiossincrática ou calão
		150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
		151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade
		152. Comunica espontaneamente com o examinador

**ANEXO XXIII – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR
EM QUE A CRIANÇA R. REVELOU DIFICULDADES
(AVALIAÇÃO INICIAL) - MÃE**

Área	Item	
Problemas Comportamentais	Problema ligeiro/moderado	Problema severo
	1. Demonstra défice no contacto ocular, expressões faciais e comunicação por gestos	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no foco.	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
	7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
	8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar	
	9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos	
	10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros	
Autonomia	6. Tenta lavar-se no banho mas precisa de ajuda de um adulto	
	7. Tenta lavar os dentes sozinho, mas precisa de ajuda de um adulto	
	10. Escolhe a roupa, mas precisa da ajuda de um adulto para seleccionar a roupa adequada	
Comportamento Adaptativo	5. De tempos a tempos procura as crianças da sua idade para brincar	
	7. Ocasionalmente aprende novas capacidades	
	8. Normalmente permanece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente	
	9. Ocasionalmente joga de forma imaginativa com os brinquedos	
	12. Demonstra um orgulho limitado ou inconsistente nas suas habilidades	
	13. Responde à presença de outra criança	
	15. Anda no passeio, mas tem de ser parado por si nos cruzamentos	

**ANEXO XXIV – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR
EM QUE A CRIANÇA R. REVELOU DIFICULDADES
(AVALIAÇÃO INICIAL) – PAI**

Área	Item	
Problemas Comportamentais	Problema ligeiro/moderado	Problema severo
	1. Demonstra défice no contacto ocular, expressões faciais e comunicação por gestos	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no foco.	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
	6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais.	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
	9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos	7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais
	10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros	8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar
Autonomia	7. Tenta lavar os dentes sozinho, mas precisa de ajuda de um adulto	
	10. Escolhe a roupa, mas precisa da ajuda de um adulto para selecionar a roupa adequada	
Comportamento Adaptativo	4. Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente	
	5. De tempos a tempos procura as crianças da sua idade para brincar	
	6. Hesita antes de se tornar envolvido na nova atividade	
	9. Ocasionalmente joga de forma imaginativa com os brinquedos	
	12. Demonstra um orgulho limitado ou inconsistente nas suas habilidades	
	13. Responde à presença de outra criança	

ANEXO XXV – EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO DA CRIANÇA R.

Atividade	Domínio	Descrição	Objetivo	Estratégias	Material	Tempo
Menino ou menina?	Comunicação e linguagem	Ficha: Selecionar o seu género e pintar o mesmo.	Selecionar com ajuda o seu género; Pintar dentro dos limites, não podendo sair mais de 5 vezes.	Instrução verbal Ajuda física Feedback Reforço	Ficha com imagens representativas de menino e menina por pintar Lápis de cor	15'
Conta os carros	Comunicação e Linguagem	Colocar 5 carros numa folha com a representação de 5 carros ordenados (colocar cada carro em cada quadrado) e contá-los. Repetir a atividade 3 vezes.	Contar até 5 autonomamente e pela ordem correta, pelo menos, duas vezes.	Instrução verbal Ajuda física e verbal Feedback Reforço	5 Cubos Folha com 5 quadrados alinhados	15'
Dança, dança, dança	Cognição	Ouvir música “Cabeça, ombro, joelhos e pés” e associar partes do corpo aos gestos; realizar o mesmo para a música “Se és feliz e sabes bate palmas”.	Realizar pelo menos 3 gestos de cada música sozinho; Sem demonstração anterior, realizar, pelo menos, dois gestos pela associação à letra da música.	Instrução verbal Demonstração Ajuda verbal e física Feedback Reforço	Rádio Cd com músicas “Cabeça, ombro, joelhos e pés” e “Se és feliz e sabes bate palmas”	15'

Brinca na cidade	Comportamento Comunicação e Linguagem	Brincadeira imaginativa com o cenário e objetos de uma cidade; colocar as pessoas nos veículos, os veículos a andar na estrada, a subir e descender no elevador e a estacionar; Nomeação dos vários objetos existentes.	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda total da terapeuta; Nomeação dos 6 objetos/imagens presentes no cenário de brincadeira.	Instrução verbal Ajuda física (a brincar e a evitar movimentos estereotipados com os objetos) Feedback Reforço	Cenário de cidade (estradas, arvores, casas) Carro Mota Menino para colocar nos veículos Elevador e garagem de brincar	15'
------------------	--	--	--	---	--	-----

ANEXO XXVI – PLANO TERAPEUTICO DA CRIANÇA R.

Domínio	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Comportamental
Comunicação e Linguagem	Desenvolver a comunicação;	Aumentar o número de palavras e frases no vocabulário;	1. O R. deve ser capaz de aumentar o seu reportório de palavras, nomeando corretamente cerca de 20 objetos e 5 ações/funções;
			2. O R. deve ser capaz de descrever cinco imagens, utilizando pequenas frases com cerca de 4/5 palavras;
		Verbalizar o seu nome próprio;	3. O R. deve ser capaz de verbalizar o seu nome próprio quando questionado pela terapeuta, sem ajuda verbal ou visual;
		Verbalizar o seu género;	4. O R. deve ser capaz de verbalizar o seu género quando questionado pela terapeuta, sem ajuda verbal ou visual;
		Melhorar a comunicação espontânea.	5. O R. deve ser capaz de comunicar verbalmente de forma espontânea com a terapeuta, formulando, pelo menos, dez pedidos espontâneos construídos com, pelo menos, uma frase de 3 palavras (e.g. eu quero brincar).
	Fomentar a linguagem recetiva e expressiva	Adquirir a noção de tamanho, cor e forma geométrica;	6. O R. deve ser capaz de identificar e nomear as cores primárias (verde, amarelo, vermelho e azul);
			7. O R. deve ser capaz de identificar e nomear objetos grandes/pequenos;
			8. O R. deve ser capaz de identificar e nomear as formas geométricas triângulo, círculo e quadrado;
		Melhorar a identificação e nomeação de letras;	9. O R. deve ser capaz de nomear e identificar as vogais do alfabeto;
		Maximizar a noção de número;	10. O R. deve ser capaz de contar até dez pela ordem correta e sem omitir nenhum número, depois de dada instrução verbal e por associação à contagem de um conjunto de objetos ordenados;

			11. O R. deve ser capaz de identificar os números de 1 a 10;
Comportamento	Promover um comportamento motor ajustado	Aumentar a utilização e manipulação adequada de brinquedos e materiais;	12. O R. deve ser capaz de brincar, pelo menos, 3 minutos de forma funcional com 4 brinquedos da sua preferência (e.g. carro, tratores, árvores, meninos), combinando-os entre si e não realizando movimentos estereotipados com os mesmos;
Competências Sociais	Fomentar comportamento s sociais adaptados	Melhorar a cooperação em atividades sociais;	13. O R. deve ser capaz de esperar pela sua vez em jogos de cooperação, compreendendo a instrução da terapeuta para esperar e para avançar;
Cognição	Fomentar a cognição verbal e pré-verbal;	Compreender a função dos objetos e mimar a mesma;	14. O J. deve ser capaz de mimar a utilização de 3 objetos, sem que tenha acesso à demonstração prévia;
		Melhorar a atenção e memorização relativa a informação auditiva.	15. O J. deve ser capaz de repetir, logo de seguida e à primeira tentativa, três frases com três palavras e três dígitos verbalizados e apresentados visualmente pela terapeuta.
Motricidade	Desenvolver a motricidade fina	Pintar dentro dos limites	16. O R. deve ser capaz de pintar dentro dos limites uma figura com partes com medida inferior a 5 cm de diâmetro.

ANEXO XXVII – FICHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO COM A CRIANÇA R.

Nº do Objetivo Comportamental	Objetivo de sessão	Nº da sessão	Fez	Não Fez	Avaliação Final
1	Nomear as 10 imagens;	2		X	-
	Nomear, pelo menos, duas ações;	2		X	
	Nomear os 8 objetos;	2	X		
	Nomeação dos 6 objetos/imagens presentes no cenário de brincadeira;	3	X		
	Nomear, pelo menos, 10 objetos;	4		X	
	Nomear 5 funções corretamente	4		X	
	Nomear, pelo menos, duas ações.	5	X		
	Nomear os 8 objetos;	7	X		
	Nomear as 10 imagens;	8	X		
	Nomear, pelo menos, duas ações.	9	X		
2	Descrever, pelo menos, 1 ação com frases de 3 ou 4 palavras;	6	X		-
	Descrever, pelo menos, 3 ações com frases de 3 ou 4 palavras;	7		X	
	Descrever, pelo menos, 3 ações com frases de 3 ou 4 palavras;	11	X		
3	Identificar corretamente a sua fotografia e, após uma ajuda verbal inicial, deve pronunciar o seu nome.	1	X		+
	Escolher corretamente o seu nome e verbalizá-lo, respondendo, de seguida, corretamente à pergunta perante o seu nome escrito;	4		X	
	Verbalizar o meu nome pelo menos uma vez sem ajuda verbal e nas restantes com ajuda no primeiro som	6	X		
	Indicar corretamente o seu nome;	9	X		
4	A criança deve identificar o seu género, podendo ter ajuda física da terapeuta na	1		X	-

	seleção da imagem e verbal na nomeação do género.				
	Selecionar com ajuda o seu género;	3	X		
	Selecionar o boneco correspondente ao seu género;	6		X	
	Indicar corretamente o seu género	9		X	
5	Formular, pelo menos, um pedido verbal espontâneo com uma frase de 4 palavras, podendo ser estimulado através da pergunta “o que é que queres fazer?” e auxiliado com caderno de conversação da Criança (PECS).	1	X		-
	Realizar, pelo menos, 1 pedido espontâneo distinto com frases de 3 ou 4 palavras.	4	X		
6	Selecionar, com ajuda física ou verbal, as cores primárias;	1	X		-
	Identificar, pelo menos, uma cor corretamente.	4	X		
	Nomear, pelo menos, duas cores	7		X	
	Nomear, pelo menos, duas cores	11	X		
7	Selecionar, com ajuda física ou verbal os tamanhos (grande/pequeno);	1	X		-
	Colocar corretamente e sem ajuda, pelo menos, um objeto na caixa correta de acordo com o seu tamanho	2	X		
	Colocar corretamente e sem ajuda, pelo menos, três objetos no arco correto de acordo com o seu tamanho.	7		X	
	Identificar corretamente, pelo menos, dois objetos com o tamanho pedido.	10		X	
8	Selecionar, com ajuda física ou verbal, as formas geométricas;	1	X		-
	Identificar, pelo menos, 2 formas geométricas pedidas.	9		X	
9	Unir de forma autónoma, pelo menos, 2 vogais;	1	X		-
	Apontar corretamente para, pelo menos, 1 vogal.	6	X		
	Identificar corretamente, pelo menos, duas vezes a letra pedida;	8		X	
	Nomear, pelo menos, duas vogais;	11		X	
10	Contar até cinco corretamente sem repetir ou omitir números.	1	X		+

	Contar até 5 autonomamente e pela ordem correta, pelo menos, duas vezes.	3	X		
	Contar, pelo menos, uma vez até 10, corretamente e com a ajuda verbal da terapeuta na primeira sílaba.	5	X		
11	Identificar, pelo menos, um número corretamente.	7		X	-
	Identificar, pelo menos, uma vez, o número pedido;	8	X		
	Identificar, pelo menos, 2 números corretamente;	9		X	
	Nomear, pelo menos, dois números.	11		X	
12	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda total da terapeuta;	3	X		+
	Colocar as personagens a realizar, pelo menos, duas ações;	6	X		
	Realizar menos de 7 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia.	6	X		
	Brincar de forma imaginativa com os objetos com a ajuda parcial da terapeuta;	8	X		
	Realizar menos de 5 vezes movimentos estereotipados com os objetos, sem ter de ser inibida a estereotipia.	8	X		
	Construir e organizar a cidade com ajuda da terapeuta, devendo dispor pelo menos 2 objetos de acordo com a indicação verbal;	10	X		
	Brincar de forma imaginativa com 4 objetos;	10	X		
	Não Realizar movimentos estereotipados com os objetos	10	X		
13	Respeitar a vez da terapeuta jogar.	5		X	-
	Esperar pela vez da terapeuta jogar.	7		X	
	Esperar pela vez da terapeuta jogar.	11		X	
14	Pantomimar corretamente, pelo menos, a função de dois objetos, podendo ter acesso a demonstração prévia da terapeuta.	1		X	-
	Realizar pelo menos 3 gestos de cada música sozinho;	3	X		
	Sem demonstração anterior, realizar, pelo menos, dois gestos pela associação à letra da música.	3		X	

	Mimar adequadamente, pelo menos, uma das funções dos objetos depois de demonstradas pela terapeuta.	5	X		
15	Memorizar, pelo menos, uma frase de 3 palavras da música e repeti-la no momento adequado	6	X		-
	Memorizar, pelo menos, uma frase de 5 palavras da música e repeti-la no momento adequado	10	X		
16	Pintar dentro dos limites, não podendo sair mais de 5 vezes.	3	X		+
	Pintar todas as vogais sem sair mais de 4 vezes do limite.	6	X		

- - Objetivo não cumprido

+ - Objetivo cumprido

ANEXO XXVIII – ITENS DO TESTE DE PERFORMANCE EM QUE A CRIANÇA R. REVELOU DIFICULDADES (AVALIAÇÃO FINAL)

Subáreas	Tarefas	
	Não realiza	Emergentes
CV	108. Escolhe 12 cartas por cor ou forma, sem demonstração	44. Seleciona 4 objetos nomeados, escondidos na bolsa, pelo toque
		84. Pantomima o uso correto de 5 objetos
		104. Separa blocos e fichas de poker
		113. Repete 3 dígitos
LE	29. Nomeia as formas grandes e pequenas	23. Nomeia, círculo, quadrado e triângulo
	93. Lê uma frase curta corretamente	86. Nomeia 14 de 20 imagens corretamente
	94. Lê passagem, não fazendo mais de 3 erros	87. Produz uma frase apropriada de 4 a 5 palavras
	95. Lê passagem e responde a 2 perguntas corretamente	89. Nomeia 9 letras corretamente
	96. Lê frase e segue as direções	91. Lê os números de 1 a 10 corretamente
	120. Produz 2 nomes no plural	92. Lê 3 palavras
	121. Produz 1 pronome	102. Conta 2 e 7 blocos
	122. Produz 3 frases apropriadas, de 2 palavras	106. Nomeia 5 cores
	132. Usa pronomes corretamente	129. Pronuncia o seu nome quando pedido
		130. Pronuncia o seu gênero quando pedido
LR	100. Segue direções de 2 passos	155. Utiliza sintaxe apropriada à idade
	101. Dá ao examinador 2 blocos e 6 blocos corretamente	18. Aponta para 3 partes do seu próprio corpo
	133. Responde a perguntas	24. Ao serem nomeados, seleciona o círculo, o quadrado e o triângulo
		30. Indica as formas grandes e pequenas
		85. Aponta para 14 de 20 imagens quando nomeadas
		88. Identifica 9 letras corretamente
		107. Aponta para 5 cores ao serem nomeadas
IVM		123. Segue 4 direções compostas de 1 a 2 passos
		9. Imitando, toca a campainha duas vezes
EA		12. Depois de ouvir “parabéns a você” simula apagar velas
		161. Demonstra um grau de atenção apropriado à idade
RS		164. Trabalha nas tarefas apropriadas de desenvolvimento com persistência
		20. Usa imaginação brincando com os fantoches
		98. Põe os blocos na caixa, um de cada vez
		116. Quando interpelado, olha

		diretamente para a cara do examinador
		154. Tenta cooperar com os pedidos do examinador
		167. Reconhece a voz do examinador através de ações
		168. Procura ajuda do examinador quando apropriado
		170. Responde apropriadamente ao examinador, fazendo contacto visual, ouvindo e sorrindo
CMC	162. Alterna tarefas com facilidade	45. Examina e manipula materiais de teste apropriadamente
		64. Brinca com o atacador adequadamente
		136. Brinca sozinho, de forma adequada com a idade
		137. Explora o ambiente de testes apropriadamente
		138. Ouve o examinador e sons produzidos apropriadamente
		142. Completa a maioria das tarefas apropriadas à idade
		169. Demonstra movimentos e maneirismos apropriados à idade
CVC	146. Demonstra uma entoação, velocidade e volume de fala normais	117. Não repete inapropriadamente palavras ou frases
	148. Utiliza prioritariamente palavras apropriadas à idade, para comunicar com os outros	144. Não repete inapropriadamente palavras ou frases ouvidas recentemente
	153. Mantém conversa por mais que uma sucessão alternada	145. Não repete certas palavras ou sons ininterruptamente
		147. Raramente produz sons incompreensíveis ou sem sentido
		149. Não utiliza linguagem idiossincrática ou calão
		150. Demonstra articulação de discurso apropriado à idade
		151. Demonstra comunicação espontânea apropriada à idade
		152. Comunica espontaneamente com o examinador

**ANEXO XXIX – ITENS DO FORMULÁRIO PARA O CUIDADOR
EM QUE A CRIANÇA R. REVELOU DIFICULDADES
(AVALIAÇÃO FINAL) – PAI**

Área	Item	
Problemas Comportamentais	Problema ligeiro/moderado	Problema severo
	3. Fica regularmente envolvido em um ou mais interesses repetitivos, anormais na intensidade ou restritos no focus.	2. Tem atraso da linguagem ou fala
	6. Insiste em rotinas ou rituais específicos, repetitivos e não funcionais.	4. Falha na formação de amizades apropriadas à sua idade
	9. Utiliza maneirismos motores repetitivos, como por exemplo abanar ou torcer a mão ou um dedo ou movimentos corporais complexos	5. Tem discurso adequado, mas é incapaz de iniciar ou manter conversações com os outros
	10. Quando interage com os outros, não demonstra os seus sentimentos, nem responde a emoções expressas pelos outros	7. Não se envolve espontaneamente com os outros para partilhar momentos agradáveis ou para chamar a atenção para objetos de interesse ou feitos pessoais
		8. Utiliza linguagem repetitiva ou peculiar
Cuidado Pessoal	6. Tenta lavar-se no banho ou duche, mas precisa de ajuda de um adulto	
	10. Escolhe a roupa, mas precisa da ajuda de um adulto para selecionar a roupa adequada	
Comportamento Adaptativo	4. Demonstra algum interesse nas atividades que estão a ocorrer no espaço envolvente	
	5. De tempos a tempos procura as crianças da sua idade para brincar	
	9. Normalmente parece envolvido no meio que o rodeia, mas está ocasionalmente ausente	
	9. Ocasionalmente joga de forma imaginativa com os brinquedos	
	12. Demonstra um orgulho limitado ou inconsistente nas suas habilidades	
	13. Responde à presença de outra criança	
	16. Anda no passeio, mas tem de ser parado por si nos cruzamentos.	